

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020
Caixa Postal, 1574, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano 30\$000; por 2 anos 50\$000

Vol. XLII Outubro de 1941 N. 4

O tronco arterial esôfago-cardio-tuberositario anterior. Sua importancia na cirurgia do esôfago abdominal *

Dr. S. Hermeto Junior

Docente livre de Clínica Cirúrgica, e de Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental da Fac. de Med. da Universidade de São Paulo

A cirurgia do esôfago abdominal desenvolveu-se nos últimos anos graças aos estudos bem sistematizados da anatomia topográfica da região cardio-esôfagiana, bem como pela divulgação do tratamento operatório do mal de engasgo ou acalasia do cardia. Na verdade os estudos de Rio Branco (19), Saupault (22), Grégoire (12) (13), Leriche e Villemin (16), Kosinski (15), e de outros, mostraram os detalhes anatomicos indispensáveis à execução das diferentes vias de acesso ao segmento esôfago-cardíco. Neste particular Vasconcelos e Botelho (25), em trabalho geral sobre o megaesôfago, analisam as diversas técnicas propostas para o tratamento da acalasia do cardia, fundamentando-as com os dados não só anatomicos, mas também com os conhecimentos atuais sobre a fisiologia do segmento abdominal do esôfago.

O grande desenvolvimento do tratamento operatório da acalasia do cardia se evidencia principalmente na Alemanha, Brasil e França. E' o que vemos nos trabalhos de Heyrowsky (14),

* Trabalho do Departamento de Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. (Diretor: Prof. E. Vasconcelos).

Ambrumjanz (1), Heller (11), Delbet (7), Saupault (22), Sencer e Simon (24), Grégoire (12), Camargo (2), Camargo e Vampré (4), Chaves (3), Seng (21), Corrêa Netto (5), Vasconcelos e Botelho (25). Na America do Sul os argentinos têm-se ocupado do problema operatorio da acalasia do cardia, e citemos principalmente os trabalhos de Diez (8), Ferrari (9) (10), Ferrari e Zabala (11). No serviço hospitalar do Dr. Raul Vieira de Carvalho, onde trabalhamos, é relativamente frequente o aparecimento de doentes portadores da acalasia do cardia. Apesar de em nosso meio a opinião de muitos ser aquela defendida por Correia Netto (Tratamento do megaesôfago pelo balão dilatador hidrostatico — Rev. de Cir. de São Paulo — I, fasc. II, 207/232), sobre o tratamento pelos balões dilatadores — ainda, varios cirurgiões não abandonaram os métodos operatorios.

O estudo de cirurgia da acalasia do cardia nos conduziu à analise da irrigação do esôfago abdominal, cujas consequencias são de interesse para a técnica das operações que se praticam naquele segmento.

ANATOMIA CIRÚRGICA DO TRONCO ARTERIAL ESÔFAGO-CARDIO-TUBEROSITARIO ANTERIOR

Estudamos no Departamento o tronco arterial esôfago-cardio-tuberossitario anterior em cadáveres previamente injetados com a massa corante habitual. Procuramos verificar a porção da arteria coronaria em que emergia aquele tronco, a sua direção, as suas disposições em relação ao pequeno epíplon, até atingir o bordo medial do cardio-esôfago, bem como o comportamento posterior em relação aos seus ramos terminais. Desejo, antes de resumir os nossos achados, lembrar de uma maneira sintética a literatura anatômica sobre o tronco esôfago-cardio-tuberossitario.

Vesalio e Eustachio (19) já figuravam em seus desenhos o tronco esôfago-cardio-tuberossitario (19, figs. 9, 10 e 11). Os dois notáveis anatômistas consideravam, no entanto, o tronco arterial envolvendo "a maneira de uma coroa" o orifício cardíaco do esôfago.

Posteriormente Haller (9), Rossi e Cova (20), Leriche e Villemin (16) demonstraram que não existem o círculo arterial peri-esôfago-cardíaco de Vesalio e Eustachio. Aquela disposição foi descrita, no entanto, por anatômistas como Sabatier e Cruveilhier (19). Os estudos posteriores, principalmente as magistras descrições dadas por Rossi e Cova (20), mostram que a existência do círculo peri-esôfago-cardíaco residia numa falsa observação. Rossi e Cova (20) referiam que o *ramus coronario*

rius de Haller (tronco esôfago-cardio-tuberositario dos classicos) se origina ao nível da crossa que a coronaria faz quando atinge o pequeno apiplon, na sua porção mais superior e medial, referindo que é a segunda colateral importante, pois, a primeira é a arteria esofagiana posterior. Esta 2.^a colateral é destinada "à região cardica, e à região da grande tuberosidade". Esta colateral apresenta, assim, tres ramos: o esofageano anterior, o cardico e o tuberositario anterior.

Dos ramos esôfago-cardio-tuberositarios podem originar-se ramos acessorios, segundo Rossi e Cova (20), e seriam principalmente os seguintes:

ramos para o pequeno epiplon;
às vezes a arteria diafragmatica inferior esquerda;
ramo hepatico, que ganha o figado através do pequeno epiplon.

Segundo Rossi e Cova (20) em 17 observações o ramo hepatico se destacava do tronco esôfago-cardio-tuberositario. As

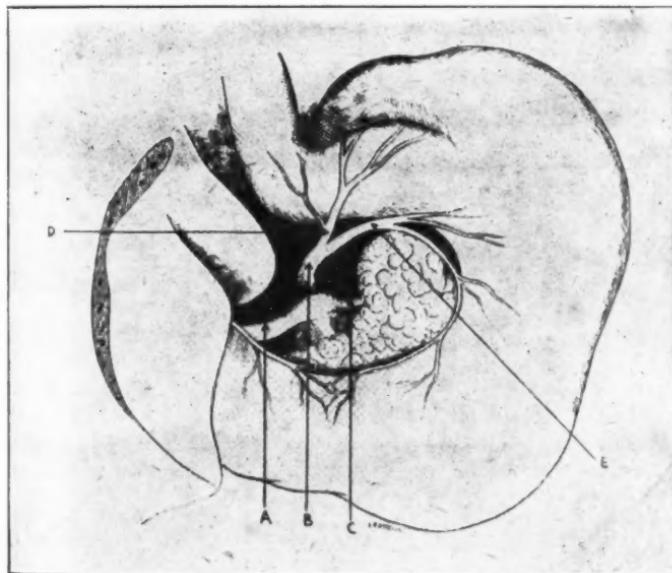


Fig. 1 — Desenho segundo dissecção pessoal (cadaver injetado)

- A — arteria hepatica comum
- B — a. coronaria
- C — a. esplenica
- D — tronco esôfago-cardio-tuberositario
- E — a. coronaria ao nível de sua divisão.

descrições classicas de Leriche e Villemin (16), e Descomps (6), estabelecem tambem a individualização anatomica precisa do tronco esôfago-cardio-tuberositario.

Para Leriche e Villemin (16), cujo estudo se baseia em 55 observações, o ramo cardio-esofagiano apresenta geralmente o ramo cardico, bem como um ramo tuberositario, faltando geralmente o ramo esofageano. A ausencia do circulo peri-cardico tambem foi assinalada.

Rio Branco (19) mostra que o tronco esôfago-cardio-tuberositario anterior (a. e. c. t.) representa uma colateral apreciavel da a. coronaria, destacando-se daquela ao nível da sua crossa, ganhando após a *foice* da coronaria, isto é, a dobra peritoneal formada pela direção da a. coronaria. Ao nível da iserção gastrica do pequeno epiplon — o tronco esôfago-cardio-tuberositario se distribue em seus tres ramos: cardico, acompanhando o plano central do cardio-esôfago; esofagiano anterior, ascendentte, ramificando-se sobre a face anterior do esôfago abdominal; tuberositario, que representa o ramo mais consideravel do tronco

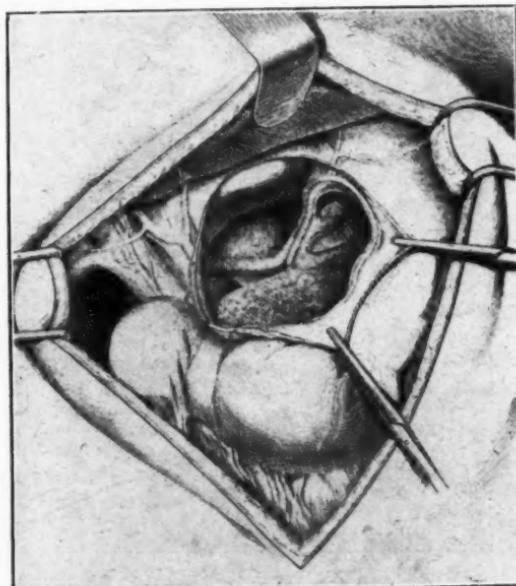


Fig. 2 — Reprodução de Rio Branco (19)

Exposição do tronco celiaco, e de seus ramos, após incisão da parte vascular do epiplon gastro-hepático.

Observa-se a crossa da a. coronaria, e a emergencia do tronco e.c.t.a.



TODAS AS
NEVRALGIAS
REBELDES

SEDACÃO
RAPIDA E
ATOXICA

TODAS AS
NEVRAXITES
E SEQUÊLAS

NAÏODINE



2
FORMAS



SOLUÇÃO NORMAL

2%

INTRA-MUSCULAR

Empolas Amarellas

SOLUÇÃO CONCENTRADA

5%

INTRA-VENOSO

Empolas Azues

INJECÇÕES INDOLORES

Dose por dia: de 10cc. a 20cc.

Fabricação no Brasil com licença especial dos lab. E. LOGEAIOS

pelos

LABORATORIOS PRIMA

Caixa 1344

Rio de Janeiro

7)

DEXTROSOL

(Glucose — d)

"DRENA AGUA DOS TECIDOS PARA A CIRCULAÇÃO, ELIMINANDO EDEMAS, AUGMENTANDO O VOLUME SANGUÍNEO E PROMOVENDO A DIURESE"

E. MEYER - (*Usos Therapeuticos das Injecções Endovenosas de Soluções de Glucose*) Zentralb. f. Klin. Med. 102:343, 1925. Abst. J. A. M. A. 86.521, 1929.

Phosphoro coloidal

Calcio coloidal

Vitamina A

Vitamina D

FOSFAMIL

Rachitismo - Carença de Vitaminas A e D - Osteomalacia - Osteoporose - Fixador do calcio - Reconstituente Geral

INJECTAVEL 10 AMPOLAS DE 2 cc
GOTTAS FRASCOS DE 10 cc

Laboratorio  *Orthobios*

RUA ANTONIA DE QUEIROZ 549 - TELEPHONE. 4-8050 - SAO PAULO BRAZIL

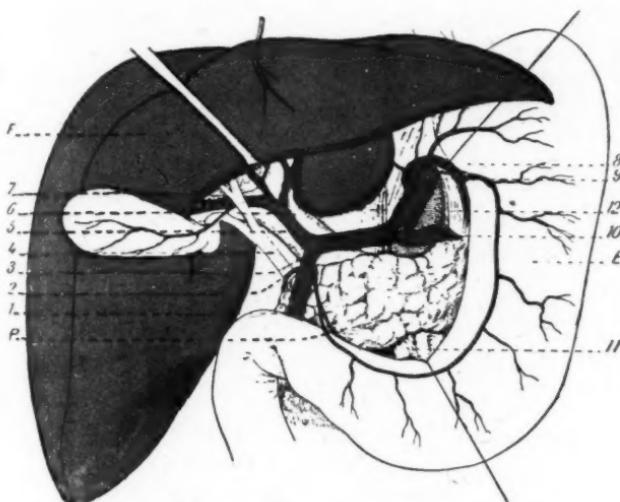


Fig. 3 — Reprodução de Grégoire (Anatomie medico-chirurgicale de l'abdomen — La region thoraco-abdominale — 1 v. pg. 67 — 3e. ed. Paris, 1930). — Em 8 ramos da crossa da a. coronaria, e a origem do tronco e.c.t.a.

esôfago-cardio-tuberositario, e dirige-se sobre a face anterior da grande tuberosidade, indo anastomosar-se com os vasos curtos.

Rio Branco (19) justifica a designação de ramo ou tronco esôfago-cardio-tuberositario anterior pelo fato de evitar confusão com o ramo gastrico posterior ascendente, que se destaca da a. esplenica, e que se distribue ao território esôfago-cardio-tuberositario posterior: este ramo não é constante, existindo na metade dos casos.

Grégoire (18) chama o ramo gastrico posterior ascendente de ramo esôfago-cardio-tuberositario posterior (fig. 4).

Rio Branco (19) mostra em um esquema (fig. 5) os territórios de irrigação dos ramos esofagianos anterior e posterior.

Vejamos os dados resumidos de nossas dissecções, que visam um fim cirúrgico, isto é, a aplicação dos dados puramente anátomicos às técnicas que se utilizam ao nível do cardio-esôfago.

Encontramos geralmente o tronco esôfago-cardio-tuberositario como colateral apreciável da a. coronaria; exceção de uma peça do Departamento de Anatomia Descriptiva, dissecada pelo Dr. Guarany Sampaio, e na qual os ramos esofágiano, cardíaco e tuberositário são muito delgados.

Observamos que geralmente o tronco em estudo sai da a. coronaria ao nível de sua crossa, apresentando uma direção as-

cedente, e contemporaneamente para o bordo medial do cardio-esôfago (figs. 1 e 6).

O tronco esôfago-cardio-tuberositario caminha na espessura do pequeno epíplon até chegar ao bordo esôfago-cardíco, e está situado naquela porção dita de "pars condensa".

A distribuição do tronco e. c. t. chegado às inserções cardio-esofagianas do pequeno epíplon é geralmente feita da seguinte

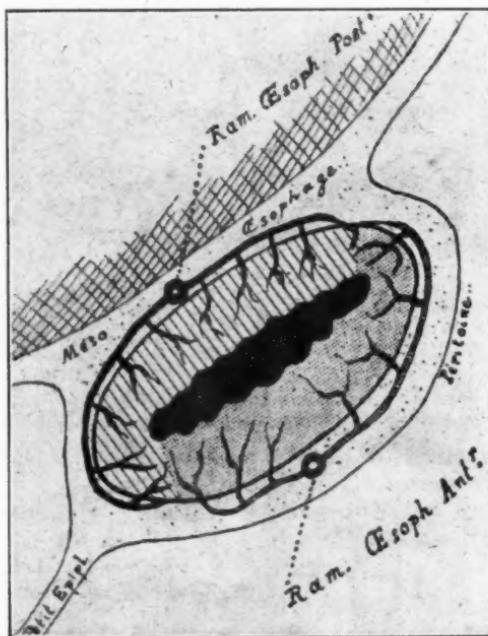


Fig. 4 — Reprodução de Rio Branco (19)
Irrigação do cardio-esôfago. Tanto o ramo e.c.t.a. como e.c.t.p., não
apresentam o calibre considerável figurado no esquema (aliás o pro-
prio A. faz esta observação).

maneira: um ramo esofágiano anterior, que é de calibre reduzido, e que ganha a face ventral do esôfago, apresentando geralmente uma direção ascendente, dirigindo-se do contorno medial para o contorno lateral do esôfago, desaparecendo abaixo do *hiatus esofágiano*; um ramo cardíco, que se estende em geral obliquamente do bordo medial ao bordo lateral do esôfago-cardia, desaparecendo ao nível da porção alta da grande tuberosidade, tendo antes dada ramos colaterais que contornam o cardia, ga-

nhando o plano dorsal, onde se anastomosam com ramos da a. gastrica posterior ascendente, e com ramos da diafragmática inferior esquerda; um ramo tuberositário, que geralmente é o mais calibroso, e ganha logo a face anterior da grossa tuberosidade, distribuindo-se em dois ou mais ramos, que após um certo per-

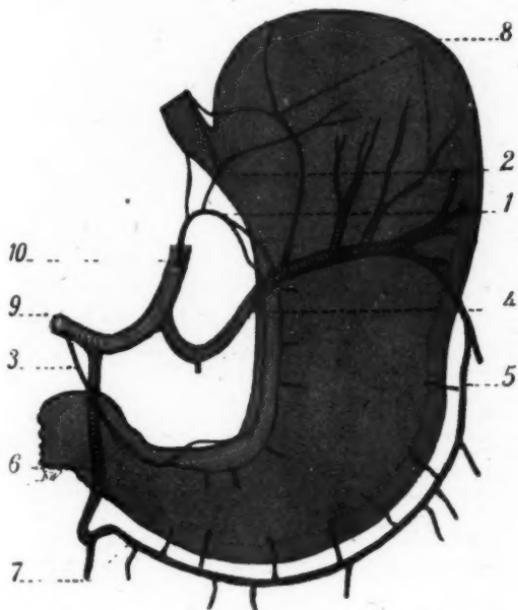


Fig. 5 — Reprodução de Grégoire (obra citada, correspondente à fig. 3 — pg. 123). — Irrigação do estômago, e em particular do cardio-esôfago. Em 2 vemos o tronco e.c.t.a. — O A. não figurou no seu desenho o ramo esôfágiano, que é constante, porém figura a a. diafragmática posterior, colateral direta da a. coronária. Em 8 vemos a a. gastrica posterior ascendente ou e.c.t.p. de Grégoire.

curso se lançam diretamente em plena espessura da parede gástrica, vindo contrair anastomoses neste trajeto intraparietal com ramos dos vasos curtos. A distribuição do tronco e. c. t. está representada na fig. 6.

Os ramos cardíco e tuberositário no decurso da cardiotomia extra-mucosa (operação de Heller) são geralmente seccionados quando o cirurgião incisa o cardio-esôfago. No decurso destas operações observamos que os referidos ramos arteriais impõem uma ligadura dado o seu calibre.

Este plano vascular que se encontra adiante do cardio-esôfago é o mais importante do sistema de irrigação do esôfago

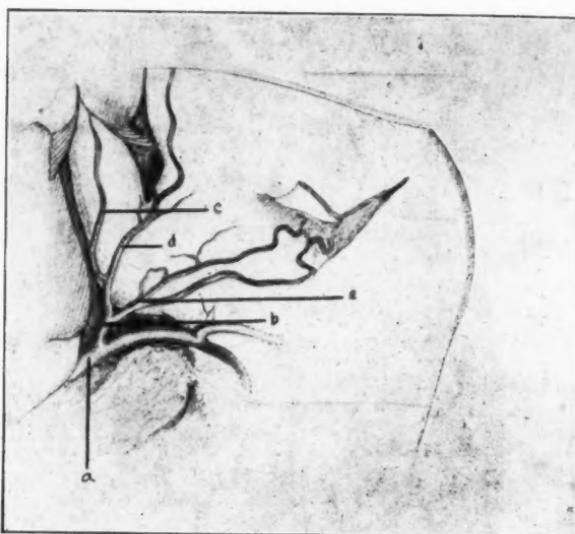


Fig. 6 — Desenho segundo dissecção pessoal

A — arteria coronaria ao nível de sua crossa (o pequeno epílon foi retirado, bem como os sistemas venoso e nervoso)
 B — tronco esôfago-cardio-tuberositario anterior
 C — ramo esôfagiano anterior
 D — ramo cardio
 E — ramo tuberotitário.

O desenho mostra o ramo tuberotitário penetrando em plena espessura da camada muscular gastrica, onde o seguimos, até as suas anastomoses com os vasos curtos.

abdominal, em virtude do calibre do tronco e. c. t., bem como dos ramos cardíco e tuberositário. No plano posterior (figs. 4 e 5) encontramos os ramos da a. gastrica posterior ascendente ou esôfago-cardio-tuberositaria posterior ascendente ou esôfago-cardio-tuberositaria posterior de Grégoire, bem como a a. esofagiana posterior, primeira colateral apreciável da a. coronaria, e que se anastomosa com a gastrica ascendente posterior. Constitue-se, pois, um rico e intenso sistema arterial ao nível do cardio-esôfago, do qual o componente anterior é mais apreciável e de maior interesse cirúrgico. As anastomoses não se fazem só ao nível da superfície do órgão, porém encontramos principalmente ao nível das paredes musculares.

Existe na verdade um círculo arterial peri-esôfago-cardíco, porém não como figuravam Vesalio e Eustachio, isto é, constituídos pela disposição em coroa do tronco esôfago-cardio-tuberositário: o círculo arterial é formado pelas anastomoses das

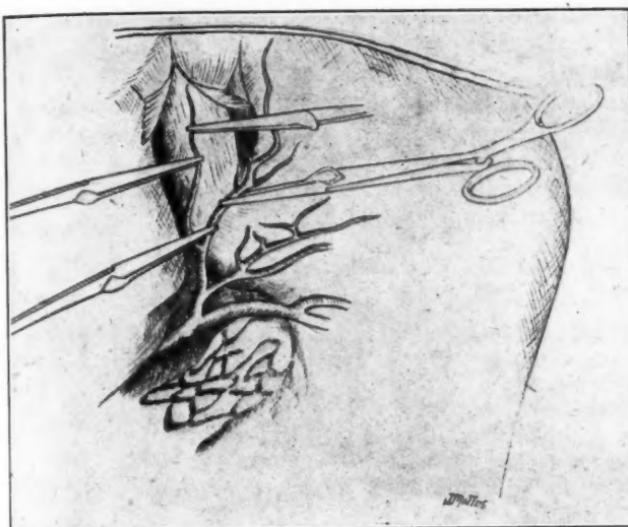


Fig. 7 — Maneira de proceder-se à hemostasia dos ramos esofágiano anterior e cardíaco, após isolamento do esôfago abdominal, obtido por desinserção do pequeno epíplon ao nível do seu bordo esôfago-cardíco. Como este desenho foi calcado no esquema anterior, vemos a incisão anterior dos pilares do diafragma. (Desenho devido à gentileza do Dr. J. Oliveira Mattos).

arterias do plano anterior, mais rico, com as do plano posterior, e com os ramos da a. esofágiana posterior e da a. diafragmática inferior esquerda.

Pelas anastomoses desta ultima com a grande arteria esofágiana, do esôfago torácico — vemos a correlação circulatoria entre os segmentos supra-diafragmático do esôfago e o esôfago abdominal.

A riqueza de anastomoses intraparietais das diferentes arterias do segmento esôfago-cardíco assegura as boas condições circulatorias das anastomoses esôfago-gastricas à maneira de Heyrowsky.

Desejamos chamar a atenção dos cirurgiões principalmente para a ligadura dos ramos cardíco e tuberositário na cardiotomia extra-mucosa a Heller.

O cirurgião quando executa a desinserção do pequeno epíplon, ao nível de sua porção mais alta, com o fim de libertar o segmento abdominal e o esôfago determina raramente a lesão de ramos arteriais, pois, apesar de encontrar-se na "pars condensa" consegue logo um plano de clivagem ao nível dos con-

tornos medial e lateral do esôfago, graças ao qual é facilmente isolada a sua face posterior. Ao incisar a parede esôfago-cardíaca é que o cirurgião depara *muitas vezes* com a hemorragia pela lesão dos ramos cardíco ou tuberositário do tronco e. c. t. a.

O nosso companheiro e colega Oliveira Mattos, cuja experiência é grande na operação de Heller, refere que executa com perfeita hemostasia a operação quando procede a laquadura preventiva daqueles ramos (fig. 8). Segundo soubemos o Prof.

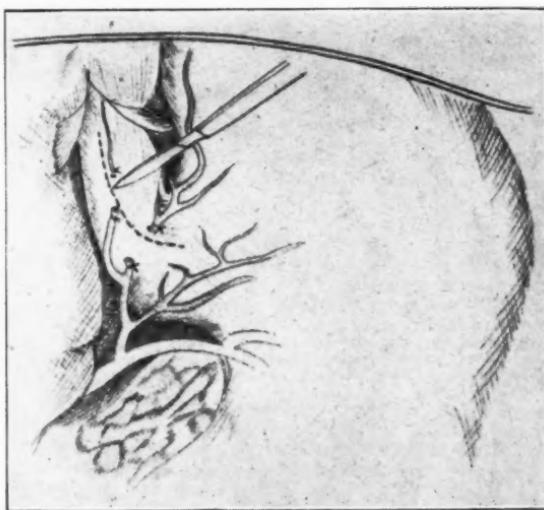


Fig. 8 — Após a ligadura dos ramos esôfagiano e cardíaco o cirurgião incisa magistralmente a parede anterior do cardio-esôfago (cardiotomia extra-mucosa de Heller). Este tempo evita a lesão dos referidos troncos arteriais, cuja ligadura posterior à secção é mais demorada, bem como afasta a sistematização da operação. (Desenho devido à gentileza do Dr. Oliveira Mattos).

Candido Camargo, o ardoroso defensor e divulgador do Heller entre nós — procedia à incisão magistral da sero-muscular do esôfago-cardíaco sem deter-se com os vasos da região.

Evidentemente a *hemostasia pela compressão com gaze montada em pinças longas* pode enxugar o campo operatório, porém nada mais útil e elegante do que a *ligadura preventiva dos ramos cardíco ou tuberositário*, ou mesmo do próprio tronco esôfago-cardio-tuberositário em certos casos.

Na operação de Heyrowsky não ha necessidade de ligarmos o tronco e. c. t. a., bem como os seus ramos, que devem ser (14)

respeitados, pois, não assegurar as condições circulatorias da anastomose.

Na *cardiectomia* será conveniente ligar-se o tronco da e. c. t. a., bem como as pequenas arterias que posteriormente sangram, e que geralmente são ramos da gastrica ascendente posterior, ou e. c. t. p. de Grégoire.

LITERATURA

- 1 — AMBRUMJANZ — Über einer Modification der Hellerschen Operation beim Kardiospasmus — Referata no Zentralorgan f. d. Ges. Chir, und ihre Grenzgebiet. L. 747. 1930.
- 2 — CAMARGO, A. C. — Tratamento cirúrgico do mal do engasgo pela operação de Heller. Comunicação ao Congresso Paulista de Medicina — 1933 — Inedito.
- 3 — CHAVES, J. A. — Terapêutica cirúrgica do mal de engasgo. Brasil Medico — I, 43. 1927.
- 4 — CAMARGO, A. C.; VAMPRÉ, E.; PARISI, R. — Mal de engasgo curado pela operação de Heller — Bol. Soc. Med. e Cir. São Paulo — 5 — 54 — 1924.
- 5 — CORRÉA NETTO, A. — Do tratamento do cardio-espasmo pela gastro-esophago-anastomose infradiaphragmatica (Operação de Heyrowsky). Paginas Medicas. Vol. II, fasc. IV, 1931.
- 6 — DESCOMPS, P. — Le Tronc Celiaque — pags. 12/30 — Paris, Steinheil, 1910.
- 7 — DELBET — Troisième cas de cardiospasme operé par voie abdominale — Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir., 587 — 1931.
- 8 — DIEZ, J. — El tratamiento quirúrgico del cardiopasmo. Operaciones de Heller y de Heyrowsky. Prensa Méd. Arg. XXIII, 155/175, 15 enero 1936.
- 9 — FERRARI, R. C. — La cardiotomia extra-mucosa (operacion de Heller). Técnica operatoria. Boletim del Inst. de Clin. Chir. (Universidad de Buenos Aires) — XX, 100-102, 44/52. 1936.
- 10 — FERRARI, R. C. — La esófago-gastrostomia por via abdominal u operacion de Heyrowsky. Técnica Operatoria — Bol. del Inst. de Clin. Chir. XX, 100-102, 53/63. 1936.
- 11 — FERRARI, R. C. e ZABALA, M. P. — La operacion de Heller en el tratamiento del llamado cardiospasio — Bol. del Inst. de Clin. Qui. XX, 100-102, 64/71. 1936.
- 12 — GRÉGOIRE — Voie d'accès sur le segment cardio-aesophage. Journ. de Chir. 6. 683. 1933.
- 13 — GRÉGOIRE — Chirurgie de l'aesophage. — Masson. Paris — 1935.
- 14 — HEYROWSKY — Kasuistik und Therapie des idiopathischen Dilatation der Speiseröhre. — Osophagogastro-anastomose. Arch. f. Klin. Chir. 100. 703 — 1913.
- 15 — KOSINSKI, C. — Quelques observations sur les ramaux des tronc coiliaque et des artéres mésenteriques chez l'homme (basées sur l'examen de 55 pièces anatomoiques à Wilno). Comptes Rendus de l'Assoc. des Anat. XXIII reunião (Praga 2-4-Abril, 1928) pags. 241/260 — 1928.

- 16 — LERICHE e VILLEMIN — Recherches anatomiques sur l'art. coronaire stomachique. Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris. p. 224. 1907.
- 17 — LUZENA, G. — La chirurgia dell'ezofago. Nono Congresso International de Cirurgia (Madrid) t. 1, 641. 1931.
- 18 — RAYMOND GRÉGOIRE — Anatomie Médico-chirurgicale de l'abdomen — (La region thoraco-abdominale) 1.^o vol. 121/124 — Troisième édition. Baillière — 1930.
- 19 — RIO BRANCO, P. — Essai sur l'anatomie et la medicina opératoire du tronc Coeliaque et de ses branches. pags. 164/166 — Paris — Steinheil — 1912.
- 20 — ROSSI, G. e COVA, E. — Studio morfologico delle Arterie dello stomaco. Archivio italiano di Anat. e di embriol. III, 2, 484/524. — 1924.
- 21 — SENG — Cirurgia de esophago — Bol. Soc. Med. Cir. de S. Paulo — n. 7, 128 — Set. 1922.
- 22 — SAUPAULT — L'aesophago cardiotomie extramuqueuse (Operation de Heller) — Journ. de Chir. XLI, 727, 1933.
- 23 — SAUPAULT — L'aesophago cardiotomie dans les retrécissements simples de l'aesophage inférieur. Nono Congresso International de Cir. — Madrid. t. 1 — 759 — 1932.
- 24 — SENCERT e SIMON — Le traitement opératoire de la dilation idiopathique de l'aesophage — Revuë de Chir. p. 325 — 1921.
- 25 — VASCONCELOS, E. e BOTELHO, G. — Cirurgia do Megaesófago — pgs. 343/400 — Editora Nacional, São Paulo — 1937.

“ESTUDOS CIRURGICOS”

DA AUTORIA DO

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

3 VOLUMES FARTAMENTE ILLUSTRADOS,
CONTENDO MATERIA VARIADA E INTERESSANTE

PREÇO DE CADA VOLUME. 30\$000
OS TRES VOLUMES. 80\$000

PEDIDOS AO AUTOR:

CAIXA POSTAL, 1574

SÃO PAULO

Soro Hormônico

(masculino e feminino)

Poderoso tónico particularmente indicado na epilepsia e nas neurastenias orgânicas. Injeções diárias

Soro Hormocíetico

Nos vômitos incoercíveis da gravidez, na prevenção da eclampsia, em manchas da pele, dermatites, etc.

LABORATORIO DE HORMOTERAPIA ACHÉ

TRAVASSOS & CIA.

Ribeirão Preto - E. S. Paulo

Escritório em São Paulo — Tel.: 4-6462



POLONOVSKI E NITZBERG

NOVOS ALCALOIDES
NÃO TOXICOS

Ampolas.
Gotas.
Granulos.

NA PRATICA
QUOTIDIANA

GENATROPINE
GENESERINE
GENOSCOPOLAMINE
GENHYOSCYAMINE
GENOSTRYCHNINE
GENOSTHENIQUES

Cacodílato de Genostrychnine
e de Geneserine

- HYPERACIDEZ
DORES ABDOMINAIS
- HYPOTACIDEZ
SYNDROMA SOLAR
- PARKINSONISMO
ASTHENIA CIRURGICA
- TREMORES DIVERSOS
SEQUELAS DE ENCEPHALITES
- NEURASTHENIA
PARALYSIAS
- ASTHENIA
DEPRESSAO

Os Drs. Max e Miguel Polonovski designaram com o nome de "Genalcaloides" (C. R. Académie des Sciences, Paris, 1925) uma série de compostos alcaloides de função aminoxyda nos quais se reconhecem propriedades idênticas às do alcaloide fundamental de que derivam, porém, com a diferença essencial de que são muito mais fracaente tóxicos comparados com o alcaloide.

AMIDAL
 Fermentos lácticos)
 ENTERITES
 DIARRHEAS

BACKERINE
 (Fermentos Selecionados)
 TUMORES
 CANCER

Laboratorio AMIDO
 A. BEAUGONIN, Pharmaceutico
 4, Place des Vosges, - PARIS

Agentes Gerais para todo o Brasil
SOCIEDADE ENILA LTD.
 174, Rua General Camara - Cidade 484 - Rio -

CITOSINA

RHEUMATISMO - ARTRITISMO SCIATICA - IRITES

Iodeto de Sodio
Salicil. de Sodio
Agua Bi-Destil.

1.ª Série 2 cc.
2.ª Série 5. cc
3.ª Série 10 cc.

INJECÇÕES INTRAMUSCULARES OU ENDOVENOSAS

LABORATORIO BRASILEIRO DE THERAPEUTICA LTDA.

Rua Braulio Gomes, 159-161 — SÃO PAULO
Caixa Postal, 3018, — Telephone, 4-3217

SANATORIO SÃO LUCAS

CIRURGIA - GINECOLOGIA - PRONTO SOCORRO



DIRETORES:

Drs. Eurico Branco Ribeiro e José Ribeiro de Carvalho
RUA PIRAPITINGUI, 114 — Telephone, 7-4020 — S. PAULO

A imagem do veru-montanum na uretrografia*

Dr. Augusto Amelio da Motta Pacheco

3.º assistente

e

Dr. Osvaldo Luiz do Rosario

Assistente militar

Tendo notado, com muita frequencia, a presençā da imagem negativa do veru-montanum nas uretrografias, em casos de lesões uretrais, prostáticas e vesiculares, resolvemos verificar seu significado semiológico.

Recorremos à literatura da especialidade, para confrontar a opinião dos diversos autores sobre a visualisação radiológica da uretra posterior e, consequentemente, da imagem do veru-montanum.

Para Ledoux-Lebard, Garcia Calderon e Petetin, no uretrograma normal executado durante a injeção, "no seio prostático aparece uma lacuna clara correspondente ao veru-montanum, que é preciso não confundir com uma bolha de ar que aí se detem com frequencia". Ainda esses mesmos autores assinalam que "a sombra da uretra prostática e da membranosa poderá faltar, mesmo durante a injeção, devido a uma exagerada tonicidade muscular, a substancia de contraste sendo projetada para a bexiga".

Segundo Katz-Galatzi e Hortolomei "a uretra posterior aparece sob a forma de um filete opaco ligando a região membranosa à bexiga. Este filete opaco, envolve em sua parte média, uma zona mais clara, cuja forma é muito variável (losangica, triangular, ovalar), que corresponde ao ponto de implantação do veru-montanum. Tal zona aparece mais clara, porque a espessura do líquido opaco é mais fina a esse nível. O aparecimento dessa imagem não é obrigatório, não se podendo tirar quaisquer conclusões práticas, das dimensões e configurações que apresente, porque se sabe pela uretoscopia, quão variável é a gama de configurações do veru-montanum normal".

* Trabalho da Clínica Urológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, apresentado ao 2.º Congresso Brasileiro de Urologia, Rio de Janeiro, em novembro de 1940. (Serviço do professor dr. Luciano Gualberto).



Fig. 1 (C. M.) Imagem do veru montanum e diverticulo prostático em comunicação com a uretra em pertuito estreito. Prostato-vesiculite.



Fig. 1 (C. M. I. D.)

A imagem do veru-montanum é normal para Flocks.

Segundo Vilela Itiberê e Azevedo Rosa, a porção prostática seria filiforme, no uretrograma.

Na opinião de Lepoutre e Stobbaerts, a uretra prostática se apresenta como uma simples linha, no uretrograma em repouso. Durante a injeção do contraste a uretra prostática torna-se (20)

bem visivel e o veru-montanum se desenha sob forma de uma mancha clara, cercada da uretra ligeiramente dilatada.

Em seu trabalho, Temporal refere que, na uretrogramia em repouso, a sombra opaca se detem no bulbo, para aparecer, novamente, na bexiga. Qualquer imagem observada, então, na uretra posterior, é patologica, devido a contração muscular e à sensibilidade da mucosa. A radiografia sendo feita durante a injeção, a uretra posterior aparece como um filete opaco, circunscrevendo em uma certa extensão, uma zona mais clara, a imagem do veru-montanum. Além do veru, nota-se uma zona mais



Fig. 2 (O. F.) Imagem do veru montanum. Hipertrofia do veru por masturbação

nitida, constituída pelo líquido que se acumulou nos freios do mesmo. Temporal praticou uretrogramas também em crianças, encontrando semelhante aspeto. Cita Miahalovici, que fez uretrogramias em crianças de três semanas a um ano, obtendo também identicos resultados.

Swibel somente faz referencia a imagem do veru-montanum.

Eisendrath e Rolnick unicamente assinalam o veru-montanum como uma area clara na uretra posterior.

Heitz-Boyer, apesar de dividir a uretra posterior em três partes, supra-montanal, montanal e sub-montanal, nada refere em relação a imagem do veru-montanum.

Para Oltramare e Martinet, a uretra posterior se apresenta como uma ligeira sombra, havendo, na prostática, uma dilatação.



Fig. 3 (P. C.) Imagem do veru montanum. Prostatite



Fig. 4 (R. S.) Imagem do veru montanum. Prostatite.

tação oval, no centro da qual ha uma imagem, com o aspetto de crescente e de concavidade para baixo.

Ainda assinalam, esses mesmos autores, que o veru-montanum não sendo visivel, parece que seja devido a uma hipertrofia prostatica.

Assim descreve Hermam a uretra posterior: da sombra do bulbo, extendendo-se em direção vertical à base do cistograma 22)

(que atinge em angulo reto) ha uma linha estreita, usualmente indefinida, que representa a uretra mebrano-prostatica. E mais adeante: a visualisação incompleta de uretra profunda, indica normalidade dessa porção. Não faz, esse autor, referencia à imagem do veru-montanum.

Os autores classicos, como Wildbolz, Hinman, Begoin, Cabot, Young e Marion, e numerosos outros, como Carrier, Geoffrey Parker, Isnardi, Jomain, Lauret, Macnish, Gillies e Kerr, Wesson e Ruggles, não fazem, do mesmo modo, nenhuma alusão a já muito referida imagem.



Fig. 5 (R. A. E.) Imagem do veru montanum. Um diverticulo à direita e dois à esquerda em comunicação com a uretra posterior. Prostatite e estreitamento urétral.

Podemos tirar como conclusão bibliografica: a) a maioria dos autores não faz referencia alguma à imagem do veru-montanum; b) — outros, consideraram-na uma componente de uretrograma normal; c) — e ainda outros, ao descreverem o uretrograma posterior normal, não fazem referencia alguma a essa imagem.

Em nosso trabalho estudamos comparativamente, as imagens ureteroscopicas e uretrograficas do veru-montanum, tanto em individuos normais como nos que apresentavam lesões varias da uretra. Dessa forma estabelecemos relação entre ambas e procuramos concluir, sobre o valor semiologico da imagem uretrografica. Praticamos, sempre, a ureteroscopia posterior com o uretrocistoscopio modelo Mac-Carthy, da casa Heynemann que dá noção exata de conjunto, dessa porção da uretra. Como o veru-montanum varia muito, dentro do que se considera normal, quer em re-



Fig. 6 (L.) Imagem do veru montanum. Diverticulo em comunicação com a uretra por pertuito estreito. Prostatite.

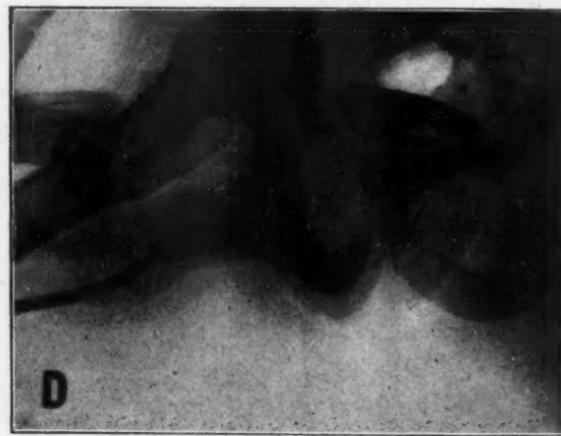


Fig. 7 (H.) Imagem negativa do veru montanum. Prostatite. Estreitamento uretral.

lação ao seu volume, quer em relação à sua forma, é difícil estabelecer diferença uretroscópica, considerando como anormalidade o fator volume, desde que os demais não apresentem alterações patológicas. Sendo assim, e baseados em cuidadosas verificações e comparações que fizemos, adotamos como critério de normalidade, para o volume do veru-montanum, a possibilidade de vi-
24)

Falhando...



Em 17 casos, o veru-montanum apresentou-se à uretroscopia, de tamanho, fórmia, superfície e contornos normais. 4 desses casos, de individuos sem passado uro-genital algum. A uretrografia, feita durante a injeção do contraste, revela linha tenue, do bulbo a bexiga, e a feita em repouso, ausencia da imagem da uretra posterior. Embora os nossos casos sejam pouco numerosos, jul-



Fig. 9 (J.) Imagem negativa do veru montanum.
Prostatite. Estreitamento.

gamos ser esse o aspéto normal da uretra posterior, no uretrograma. Nos 13 casos restantes, apesar de haver lesões urogenitais (pielonefrite 1 — polipo sub-montanal 1 — molestia do cólo 1 — estreitamento uretral e bexiga medular 1 — prostatite cronica 1 — adenoma prostatico 8), na uretrogramia não houve aparecimento da imagem do veru-montanum, tendo contudo, a uretra posterior se apresentado com respetivos sinais radiológicos das lesões existentes.

Em 54 uretrocistoscopias, o veru-montanum apresentou-se com aumento de volume e com outros carateres patológicos. Eram



Fig. 10 (S. S.) Imagem negativa veru montanum. Prostatite.

Fig. 11 (B. R.) Uretrograma normal, durante a injeção.

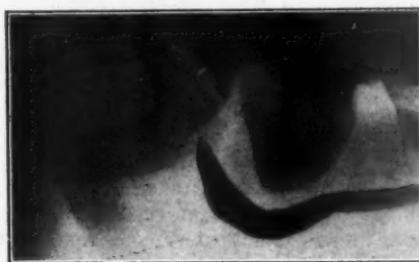


Fig. 11 (B. R.) Uretrograma normal, em repouso.



casos de: adenoma da prostata 10 — estreitamento uretral e prostata cronica 8 — prostato-vesiculite 31 — verumontanite por masturbação 5. Na uretrografia, a imagem do veru-montanum apareceu nitidamente em 28 casos, ou seja numa proporção de 51,8 %. Os outros sinais radiologicos das lesões uretrais e prostato-vesiculares, tambem estavam presentes, em quasi todos os casos. A imagem do veru-montanum localisou nitidamente na uretrografia



Fig. 12 (C.) Imagem negativa do veru montanum; disseminação do contraste na prostata em arborização. Prostatite.

a abertura de diverticulo prostatico, como vimos em alguns casos. Os vinte casos que citamos, a titulo de contribuição, e em que não foi feita a uretrocistoscopia, devido a impossibilidades varias, mais em que havia imagem do veru-montanum à uretrogramia, eram de: adenoma de prostata 3 — estreitamento uretral e prostato-vesiculite 12 — estreitamento uretral e adenoma 3 — prostatite e coiperite 1 — estreitamento congenito e hipospadia 1. Todas essas lesões, em que havia infecção, poderiam porduzir um aumento de volume no veru-montanum, por alterações inflamatórias da uretra posterior, o que, infelizmente, ficamos impossibilitados de constatar pela uretroscoopia.

A dificuldade de se conseguir praticar uretroscoopia em individuos sem passado urogenital, explica o numero restrito de casos que apresentamos neste trabalho. Num serviço ambulatório de urologia, onde o numero de pacientes portadores de lesões uro-genitais, e mesmo venereos, é quasi absoluto, por isso que é especializado dentro de um grande hospital como a Santa Casa de São Paulo, é difícil se encontrar uretra posterior indene. Nos casos em que a encontramos, entretanto, quer em individuos sem passado algum, quer em pacientes portadores de lesões em outras porções do trato, podemos verificar que a normalidade correspondente à ausencia da imagem do veru, o contraste só se visualisando em linha tenue como alguns classicos assinalam na uretrogramia.

Embora muito restrito o numero de casos, para afirmação mais categorica, e considerando que só fizemos, até o momento observações em adultos, poderemos sugerir as seguintes conclusões, que mais se ajustam com a afirmação corrente de que o veru é um verdadeiro espelho das lesões anexiais:

1 — a imagem do veru-montanum não aparece num uretrograma normal.

2 — tal imagem significa um aumento de volume do veru-montanum.

3 — mesmo nos casos de aumento de volume do veru, a imagem não é obrigatoria.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 1

BIBLIOGRAFIA

- 1 — CARRIER (C.) — *Jour. d'Urologie*. 31-8-1931, p. 158.
- 2 — CHEVASSU (M.) — *Présse Medicale*. 16-12-1936, p. 2.044
- 3 — CHEVASSU (M.) — *Journ. d'Urologie*. 7-1938, p. 51.
- 4 — CHEVASSU (M.) — *Présse Medicale*. 2-10-1936.
- 5 — CABOT — *Modern. Urology*, 1936, 1.º vol.
- 6 — EISENDRATH e ROLNICK — *Urology*, 1938.
- 7 — FLOCKS (R. H.) — *Journal of Urology*. Dezembro, 1933, p. 711.

- 8 — GLINGAR, ALOUIS — Die endoskopie der Männlichen. Julius Springer. Viena, 1934.
- 9 — GILLIES e KERR — The Year Book of Urology, 1936, p. 404.
- 10 — HORTOLOMEI (N.), KATZ-GALATZI — T. Journal d'Urologie. — 10-1933 e 11-1933.
- 11 — HEITZ-BOYER — Journal d'Urologie. 9-1938, p. 255.
- 12 — HERMAN (L.) — The Practice of Urology. 1938.
- 13 — HINMAN (F.) — Principles and Practice of Urology. 1936.
- 14 — ISNARDI (N.) — La Semana Medica. 6-6-935, p. 1.661.
- 15 — JOMAIN (Jean) — Présse Medicale. 18-11-936, p. 1.877.
- 16 — JEANBREAU (E.), BEGOUIN (P.), PAPIN (F.) — Precis de Pathologie. Chirurgicale, tomo 5. Appareil Genital de L'Homme. "Masson. Sexta edição, 1937.
- 17 — LEPOUTRE e STOBBAERTS — Les Ruptures de L'uretre. Vigot. Frères. L. 1934.
- 18 — LAURET (Jean) — Présse Medicale. 5-12-1936, p. 1.982.
- 19 — LEDOUX-LEBARD (R.), GARCIA (Calderon), J. PETETIN (J.) — Paris Medicale. 6-2-1932, p. 105 e Revista Medica Cubana. 7-1934, p. 674.
- 20 — MAC, NISH, JAMES — The Urologic And. Cutaneous Review. 2-1936. — P. 77.
- 21 — OLTRAMARE (J. H.) e MARTINET (R.) — Year Book of Urology, 1939.
- 22 — PARCK (Geoffrey) — British Journal of Urology. 1932, p. 1.
- 23 — SWIBEL (José) — La Semana Medica. 20-6-1935, p. 1.824.
- 24 — TEMPORAL (A.) — Archivos Brasileiros de Cirurgia e Ortopedia — 12-1935.
- 25 — WILDBOLZ (H.) — Tratado de Urologia. Pubul. 1936.
- 26 — WESSON e RUGGLES — Urological Roentgenology. 1936.
- 27 — YOUNG (H. H.) — Principles and practice of urology. 1926.

TRADUÇÕES CIENTÍFICAS

ENSINO

Alemão

Inglês

Francês

Dr. HANS KORANYI

Rua Libero Badaró, 488, 9/71 — Tel. 3-5036 — S. Paulo — Caixa Postal. 1704

HIPERTENÇÃO ARTERIAL - MIOCARDITES - ARTERIOESCLEROSE

CARDIOSCLEROL
TONICO CARDIACO ATOXICO

A base de Viscum album. - Cactus grandiflora - Cratoegus - Kola - Scila Rodanato de Potassa

Amostras e literaturas a disposição dos srs. Médicos

INSTITUTO CHIMORGAN

CAIXA, 4500

SÃO PAULO

ARSENO-BROMO-TONICAS ZAMBELETTI



Sedativas - Tonicas - Fortificantes

Desde as primeiras injecções restabelece-se surprendentemente o perfeito equilibrio neuro-muscular.



Tratamento dos eczemas alérgicos*

Dr. C. Alves

Médico da Santa Casa

A lesão dermatológica — eczema — é facil de ser reconhecida, embora apresente um grande polimorfismo. A variedade de aspecto está relacionada e é a tradução clínica do processo de espongiosa que é o característico da lesão eczematosa. O sinal que domina o quadro é o rubor congestivo agudo, com calor local e prurido intenso; o grão de edema é variável, consequente à tensão da camada cárnea, cuja superfície se torna vesiculosa ou às vezes nos processos violentos, bolhosa. É um estado inflamatório epidermo-dermico. A epiderme de revestimento, vesiculosa, rompe-se e deixa transudar uma serosidade gomosa que tende a secar em crostas tornando-se muitas vezes um meio ótimo de cultura para os piococos.

Se o processo se alonga, em breve a pele se hiperplasia e teremos a liquenização; mais tarde um processo de reparação imperfeita se instala — parakeratose.

Da sucessão irregular destes estadios resulta o polimorfismo evidente dos processos eczematosos.

Tres dados asseguram o diagnóstico: o primeiro é o carácter da erupção em placas de contornos irregulares, geográficas ou em arquipélagos. Quando este carácter falta ou quando as placas têm contorno bem nitido, arredondadas ou policíclicas, é um indicio precioso de uma causa local parasitária. O segundo carácter é dado pela evolução em "poussées" das lesões eczematosas. Por ultimo, o prurido, bem característico, constante e de intensidade variável. O prurido indica que o eczema é sempre uma reação de intolerância da epiderme; suas variações se explicam pela diversidade extrema das causas externas ou internas que determinam esta reação.

As discussões sobre a natureza do eczema persistem, ora colocando em evidencia o problema do eczema síndrome ou doença, ora discutindo sobre a vantagem ou o inconveniente de se incorporar num só quadro as dermatites artificiais externas, medicamentosas por exemplo, ao lado dos eczemas de causa interna ou diatésica.

A noção mais admitida é que o eczema seja uma reação do terreno, uma reação de epiderme e não uma consequência imediata e direta de sua causa aparente, externa ou interna. Em todos os casos é preciso sempre supor e pesquisar uma causa externa e local da erupção, desde um simples dermatófito, com sua lesão característica, ás substâncias irritantes ou causas mecânicas.

Excluídas as causas externas ou pelo menos atentado o seu valor como fator de localização, é preciso pesquisar os agentes de sensibilização. Não desprezar as infecções focais, os distúrbios funcionais hepáticos e intestinais. Uma análise da alimentação, funções endócrinas e equilíbrio vago-simpático também deve ser feita. Do conjunto destas pesquisas virá o conhecimento perfeito da doença, do doente e do remédio que convém.

Na terapêutica do eczema alérgico a maior dificuldade está no encontro do agente de sensibilização, já pela multiplicidade deles, já pela impossibilidade de o médico prático pesquisar-los sistematicamente.

Uma vista de conjunto na terapêutica geral das molestias alérgicas nos dará uma orientação sobre a conduta nestes casos.

meios imunológicos	específicos	taquifiliax — por doses sub-entrantes imunização com os extratos de alergeno específico proteose de Oriel
	inespecíficos	intradermica peptona per os, antes das refeições propeptona tuberculina — na asma autohemoterapia
meios farmacológicos		equilíbrio iônico — calcio, estroncio relaxamento da musculatura lisa proteção contra a histamina antieoxidativos, antipruriginosos
		proteção contra a histamina histaminase desequilibrium neuro-vegetativo doses pequenas tendência à vagotonia e frequentemente para amfotonia. Adrenalina nos acessos. Atropina, ergotamina, luminal, sedativos gerais. Beladona, belafoline. Restrição da adrenalina em favor da atropina. Belergal.

Vemos pelo quadro geral como é frequente o uso dos medicamentos do grupo dos desensibilizantes inespecíficos e dos estabilizadores humorais. Neste último grupo deve ser posto em evidência o brometo de estroncio por via intra-venosa, medicação



uma fonte
natural
de VITAMINA B
e VITAMINA C

com outros conhecidos fatores
do Complexo Vitaminico B
inclusive Ácido Nicotínico

NOVOS CONHECIMENTOS SOBRE O EMPREGO TERAPÉUTICO DO COMPLEXO VITAMÍNICO B

BELEXA

O complexo vitamínico B é hoje considerado um conjunto de doze frações, cinco das quais, obtidas sob a forma cristalina, são usadas na clínica.

São elas: a tiamina (B¹), riboflavina (B²), ácido nicotínico (pp fator), piridoxina (B⁶) e ácido pantoténico (fator filtrado).

Por meio de experiências bem controladas, nos laboratórios e nas clínicas, foram obtidos grandes progressos ultimamente nos conhecimentos das manifestações clínicas da deficiência das vitaminas B, notando muitos autores que estas manifestações de carência eram devidas a vários fatores e não a um só.

TIAMINA: — Jolliffe em 1939 dividiu as manifestações clínicas de carência da tiamina em anoréxia e fadiga, síndrome neurológica e síndrome circulatória. Os A.A. mais recentes incluem ainda uma síndrome neurastênica muito interessante, para o qual chamam a atenção dos clínicos. Esta é a manifestação mais comum da deficiência isolada de tiamina e apresenta, como sóe acontecer em todas as síndromes neurastênicas, uma sintomatologia polimorfa.

Como sintomas constantes e evidentes estão a anoréxia, a fadiga e a insônia sem faltar a irritabilidade, náusea, meteoroismo, constipação, sensação de desconforto abdominal, depressão, cefaléa (occipital ou constritiva) e palpitações. Muitos autores confessam que sempre atribuiram este conjunto de sintomas a manifestações psíquicas anormais e que atualmente observam o desaparecimento total destas queixas com uma dieta rica em complexo vitamínico B, melhor ainda pelo emprego de medicamentos com taxas altas de todos os fatores do complexo.

A opinião de inúmeros A.A. americanos é uniforme: afirmam todos que a síndrome neurastênica responde admiravel-

mente à terapêutica pelo complexo vitamínico B.

Experiência crucial é a de Mason e Wilder, submetendo um grande número de indivíduos a uma dieta pobre de complexo B e reproduzindo dentro de pouco tempo a síndrome neurastênica característica.

Esta experiência permitiu a inclusão definitiva da síndrome neurastênica no capítulo das manifestações clínicas da deficiência do complexo B, e em particular do fator B¹.

Joliffe afirma que a proporção de neurastênicos por carência de B¹ é muito maior do que se poderia supor, e ele próprio observou casos interessantíssimos de cura rápida em sua clínica.

As melhorias, diz ele, são tão evidentes que os pacientes se tornam confiantes e por vontade própria aumentam a dose do medicamento receitado.

Williams e Smith notaram nos pacientes da experiência acima descrita, anormalidades electrocardiográficas representadas por diminuição da amplitude de todos os complexos e inversão do T.

A vitaminoterapia intensiva pelo complexo B trouxe a normalização dos traçados.

Goodhart e Cline mostraram que o dôr precordial dos indivíduos de meia idade é frequentemente e injustamente relacionada a perturbações coronarianas, pois que eles obtiveram em inúmeros casos resultados surpreendentes com o emprego do complexo B, com taxa elevada de tiamina.

As manifestações neurológicas centrais da deficiência de tiamina só se tornam evidentes depois que a polineuropatia periférica se apresenta com todos os seus característicos.

Sabe-se hoje que a síndrome neurológica descrita por Wernicke é causada

por uma carência de vários fatores do complexo B.

RIBOFLAVINA: — Sebrel e Butler fizeram o primeiro estudo clínico da carência de riboflavina, estabelecendo um conjunto de manifestações clínicas particulares e apresentando uma nota prévia em dezembro de 1938.

Mulheres submetidas a uma dieta sem riboflavina apresentavam ao cabo de 90 a 130 dias palidez da mucosa dos lábios nos ângulos da boca. Bem cedo aparecia maceração desta região e logo mais fissuras superficiais abriam-se exatamente nos ângulos da boca, continuando por um a um e meio centímetro pela pele.

Uma zona de descamação eritematosa rodeava esta lesão e muitas vezes subia pelo nariz e atingia a testa e as pálpebras.

Rosenblum verificou em 50 doentes que as lesões da face consistiam em excrescências filiformes de natural seborréicas, derivadas das glândulas sebáceas, com localização característica no sulco nasal labial, alae nasi, testa e pálpebras. Verificou também fissuras dos ângulos da boca.

Mantendo doentes com tais lesões, em dieta pobre de complexo B, verificou melhora e logo mais cura completa pela administração de riboflavina isolada, o que não aconteceu com a tiamina e ácido nicotínico.

Em relação ao emprego terapêutico destes fatores do complexo B isolados, brevemente teremos um trabalho realizado na Faculdade de Medicina de São Paulo, no qual foi verificado, por experiências bem conduzidas, que a resposta ao emprego do complexo B é sempre, e em todos os casos, superior à do fator isolado.

Este trabalho virá dar impulso à terapêutica pelo complexo em todas as manifestações carenciais de vitamina B pois que foi verificado uma verdadeira potencialização do efeito terapêutico.

ÁCIDO NICOTÍNICO: — Os sinais e sintomas da deficiência crônica do ácido nicotínico constituem o quadro da pellagra, tão bem conhecida atualmente.

O quadro completo consiste no aparecimento da estomatite, glossite, diaréa, dermatite simétrica bilateral, perturbações mentais.

Pacientes com estomatites são acometidos muito frequentemente por infecção fuso espirilar e a terapêutica pelo ácido nicotínico produz efeitos absolutos dentro de 24 a 48 horas, com desaparecimento de todos os sintomas.

A infecção é curada sem outra terapêutica geral ou local.

Quando as perturbações mentais precedem as da pele, gastro-intestinais ou bucais os doentes são comumente tratados como neuróticos ou psiconeuróticos.

Jolliffe e Fein estudaram 150 casos de uma síndrome encefalopática, quase sempre mortal, causada segundo eles por uma carência de ácido nicotínico. Esta síndrome pode ocorrer isoladamente ou em conjunto com manifestações da pellagra ou da polineuropatia periférica. Um tratamento intensivo pelo ácido nicotínico reduziu a mortalidade de 100% para 15%, segundo a estatística de Jolliffe.

PIRIDOXINA: — Uma síndrome característica da carência de piridoxina ainda não foi estabelecida como entidade clínica. Nos ratos, a acroderma, a degeneração dos músculos estriados cardíaco e perturbações do sistema nervoso constituem um quadro bem estudado da deficiência de piridoxina (B6).

Antopol e Spies descreveram no homem uma síndrome caracterizada por extremo nervosismo, insônia, irritabilidade, dores abdominais e dificuldade de andar, que desaparecia dramaticamente pela administração da piridoxina por via intra-venosa.

Jolliffe admite notável efeito da piridoxina na paralisia agitante.

— o —
SPIES, J. — J. A. M. A. — Março 1940 — pág. 235.
JOLLIFFE — Bul. of the New York Ac. Med. — Março 1944.
STEPP, KUHNAN, SCHOEDER — As vit. e seu emprego ter. — Ed. Melh.
J. Am M. A. de Jan. Fev. Mar. Abr. Mai. 1941.

Terapêutica Moderna de Resultados Visíveis

BELEXA

Complexo Vitaminínico B

PRODUTO NATURAL ISENTO DE SUBSTÂNCIAS
SINTÉTICAS ADICIONADAS COMO ATIVANTES.

CADA GRAMA CONTEM :

B¹ Cloreto de Tiamina 450 microgramas
150 Unidades internacionais
G-Riboflavina 500 microgramas
(200 Unidades Sherman-Bourquin)
B⁶ Piridoxina 85 microgramas
Ácido Pantotêmico 150 a 200 microgramas
Ácido Nicotínico e todos os demais ele-
mentos do Complexo Vitamina B, natural
de levedura.

(Determinação garantida pelos Laboratórios Fleischmann)

INDICAÇÕES TERAPEUTICAS :

Anoréxia — Neurites e Poli-neurites — Distância cardio-vascular
ligada a outros sintomas de deficiência do Complexo B.

Perturbações de funções digestivas — Distrofia muscular — Anê-
mia por deficiência vitamínica B.

Pelagra — Eczemas — Alcoolismo crônico — Prenhez e lactação
— Crescimento retardado das crianças e adolescentes.

MODO DE USAR E DOSES:

A d u l t o s : 4 comprimidos ao dia.

A d o l e s c e n t e s : 3 " " "

C r i a n ç a s : 2 " " "

Não há restrições na alimentação.

Os comprimidos podem ser ingeridos com água ou mastigados;
antes, ou durante as refeições. Seu sabor, em geral, não desagrada.

J. PELOSI

Químico-Farmacêutico

Laboratório e Escritório:

Avenida Brigadeiro Luiz Antonio, 76
Tels. 2-1550 e 2-1660 - Caixa Postal, 2881

SÃO PAULO

Brasil

de real valor que recebe uma predileção especial dos autores mais autorizados. Confessam estes autores que a quimioterapia ainda é uma fonte preciosa e praticamente indispensável na terapêutica dermatológica. Embora de efeito maravilhoso às vezes, deve-se confessar quasi desconhecimento do seu modo de ação. Mesmo admitindo uma parcela mínima de ação específica, deve-se convir que os medicamentos atuem sobre o organismo pondo em jogo forças defensivas naturais: "reações morbidas são combatidas por reações curativas".

Na terapêutica dos eczemas alérgicos, formas exsudativas, acompanhadas de prurido intenso, o estabilizador humorai que maiores vantagens reúne é o sal alógeno de estroncio. Ele atua



rapidamente, dominando o prurido à primeira aplicação intravenosa e debelando a erupção eczematosa em pouco tempo. A redução do eczema nos casos por nós verificados, iniciou-se sempre na 2.^a ou 3.^a injeção, podendo-se acompanhar nitidamente a melhora após cada aplicação. Os dois casos que ilustram esta nota obtiveram melhora às primeiras aplicações e em pouco tempo cura completa.

Usamos para a terapêutica o preparado cujo nome comercial é ECZEMIL, cuja formula revela um perfeito entendimento quimio-trópico entre um sal halogenio do estroncio e uma solução estandartizada de açúcar de uva.

Outros casos tivemos de urticária, asma e enxaqueca onde o ECZEMIL foi sempre de efeito seguro, trazendo alívio rápido.



E' interessante notar o efeito sedativo que sempre se observou em todos os doentes, graças à ação do bromo sobre a cortex cerebral, o que constitue mais uma indicação do brometo de estroncio. Segundo ZUNZ este sal de estroncio ainda agiria com grandes benefícios em casos de vômitos gravídicos, vômitos nervosos. No eretismo cardíaco e principalmente na topalgia das aortites e periaortites, o efeito do brometo de estroncio intravenoso é evidente. De todos os sais de bromo é este o que menos bromismo pode trazer, podendo por isso prolongar-se a sua administração.

BIBLIOGRAFIA

TZANCK — Imunité, intolérance. Biophylaxie — Masson Ed. 1932.
ZUNS, Edg. — Pharmacodynamie spéciale — Masson.
POULSSON — Farmacologia — Labor.
SOULIER, E. — Trattato di terapeutica e Farmacologia — Vol. II.
DARIER — Nouvelle pratique dermatologique — 1936.
BARROSO, C. — Anafilaxia e Alergia — Ed. Melh., 1940.
MENDES e GRIECO — Alergia aplicada à dermatologia — Arch. Derm. e Sif. S. Paulo — Vol. I — 1937.

RADAELI, Fco. — *Malattie cutanee* — 4.a ed., 1934.
 HAZEN, H. — *Diseases of the skin* — S. Louis ed.
 BOSELINI — *La dermatologia nei suoi rapporti con la medicina interna*.
 Milano, 1930.
 LEREDDE — *Terapeutique des maladies de la peau*.
 SOLLMANN — *A manual of pharmacology* — 3.a ed. Saunders.
 BROcq, L. — *Cliniques dermatologiques* — Paris, Masson.
 POUCHET — *Farmacodynamie e mat. médicale*.
 CUSHNY — *Pharmacology and terapeutics*.

O mais energico medicamento contra os espasmos dolorosos do pyloro, do colon, da vesicula biliar, dos bronchios (asthma), dos ureteres, do utero, etc.

ATROVERAN

SEM ENTORPECENTES

A base de papaverina, belladonna, meimendro e boldo.

XX a XXX gottas por 2 a 3 vezes ao dia.

Lab. Gross - Rio

FORMINA ASSOCIADA AO CLORETO DE CALCIO E A GLICOSE NOS PROCESSOS INFECCIOSOS E NO PRÉ-OPERATORIO

CAIXA COM 6 AMPOLAS

DE 10 E 20 cc.



*Ulceras
gastro-duodenas*



PRODUCTOS "ROCHE" S. A. — RUA EVARISTO DA VEIGA, 101 — RIO

Úlcera da parede anterior do estômago*

Dr. Eurico Branco Ribeiro

Diretor do Sanatório São Lucas

A úlcera da parede anterior do estômago não é de ocorrência frequente. Aparece numa pequena porcentagem de casos, e, como tivemos ocasião de encontrar-la por duas vezes neste ano, apresentou-se-nos a oportunidade de fazer aqui algumas considerações a respeito da sua existência, assinalando, já de início, para dar uma idéia da sua raridade, que Ducuing e Marquès afirmam não ter conhecimento de um só caso publicado de úlcera da face anterior do estômago.

Estudando as úlceras gástricas encontradas em autopsia, M. J. Stewart traçou as seguintes normas para a sua classificação topográfica: o estômago é dividido em cinco regiões com os limites abaixo nomeados: 1) "pequena curvatura", uma faixa que se estende pelo corredor gástrico avançando uma polegada (2,5cm) em cada face do estômago a contar de uma polegada (2,5cm) de cada orifício (cárdia e piloro); 2) o "anel pilórico", ao nível do orifício desse nome; 3) a "região prepilórica", que outros chamam "justapilórica", compreendendo a polegada prepilórica; 4) a parede anterior, abrangendo o resto dessa parede; e 5) a parede posterior, correspondendo ao resto da parede posterior. Stewart não enumerou a região precardiaca, para a qual deixara uma polegada de estômago, nem avançou a declarar uma região cardíaca, circunscrita ao anel do cárdia, onde as úlceras seriam extremamente excepcionais, nem tampouco a região da grande curvatura, que, à semelhança da região da pequena curvatura, poderia avançar 2,5 cm. (uma polegada) pelas paredes gástricas. Si essas regiões não foram nomeadas, estamos certo de que isso sucedeu apenas porque Stewart não encontrou, nos seus 125 casos de autopsia, nenhum com úlcera em tais zonas localizadas.

Outra classificação, a contida na tese inaugural de Messias Fonseca e que consiste em dividir o estômago em sete porções (1, pequena curvatura; 2, piloro; 3, parede posterior; 4, parede

* Trabalho apresentado à Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, em 17 de agosto de 1937.

anterior; 5, cárda; 6, fundo; e 7, grande curvatura), carece de uma delimitação precisa, alem do que nomeia uma região no fundo difícil de ser cirurgicamente localizada.

Na classificação dos nossos casos, não aceitamos a divisão estipulada por Stewart em apenas um ponto: não fazemos a bipartição da pequena curvatura em pequena curvatura propriamente dita e região prepilórica. Não ha razões nem anatómicas nem de frequência que justifiquem essa subdivisão: só seria aceitável si nas proximidades do piloro a úlcera não se limitasse a incidir na pequena curvatura, mas tambem ocorresse, e com notável frequência, nas paredes anterior e posterior, à maneira do que acontece no duodeno. Entretanto, a classificação de Stewart é aceita por varios autores, entre os quais está Moynihan.

Em comunicação que fizemos no ano passado a esta Sociedade sobre a úlcera pilórica, reunimos uma pequena estatística referente a um periodo de 3 anos, durante os quais operamos 99 casos de úlcera gastro-duodenal. Desses casos, 29 eram de úlcera gástrica, aí compreendidos 2 em que tambem existia úlcera duodenal. Não havia, nessa serie, nenhum caso na parede anterior, enquanto acusava uma porcentagem relativamente alta de úlcera pilórica. Embora pequena, essa estatística pode se justapôr às de outros autores, como se verá no quadro da página seguinte.

Anotando, de passagem, que a nossa estatística pessoal muito se aproxima da de Agote, de Buenos Aires, o que deixa transparecer uma certa influência zonal sobre a localização da úlcera — o referido quadro nos leva a acreditar que a incidência da úlcera da parede anterior do estômago oscila nas imediações de 2-3% dos casos de úlcera gástrica. Ha autores que não se referem a ela. Sturtevant e Shapiro, por exemplo, dizem que 76% estão próximo do piloro, 12% próximo do cárda e as restantes 12% na parte média da pequena curvatura. Mesmo em estatísticas volumosas, como a de Corachan, não se citam outras localizações que não as da pequena curvatura: num total de 541 úlceras do estômago, Corachan diz que "120 estavam localizadas na pequena curvatura, 366 eram pilóricas e 55 tinham uma localização pilórica e outra na pequena curvatura". Pierre Duval assinala 70% "no piloro", 28% na pequena curvatura e 2% nas faces, abrangendo anterior e posterior.

No quadro que organizamos, só aparece Agote relatando úlcera da grande curvatura. Lorenz assinala 3,86% de úlceras da grande curvatura num total de 1.900 casos. Küttner, 1 caso em 1.000; Schiller, 2 em 500; Simon publicou 2 casos; Tomoda descreveu um caso. Mathew analisou em 1935 os 22 casos até então consignados na literatura, verificando que em 10 o diagnóstico era absolutamente seguro, por ser histológico. Fernando Cor-

	Stewart (125 autopsias)	Moynihan (200 operações)	Luiz Agote (*) (182 autopsias e operações)	Eurico B. Ribeiro (29 operações)	Clinica Mayo (**) (272 operações)
Pequena curvatura	73 % 13,5 %	86,5 % 9 %	84 % 93 % 9,89 %	58,24 % 68,13 %	65,5 % 82,7 %
Prepilórica			1 %	23,08 %	24,2 %
Pilórica	4 %				1,65 %
Parede posterior	7 %		4 %	1,65 %	10,3 %
Parede anterior	2,5 %		2 %	3,30 %	0,9
Cardíaca	—		—	2,19 %	—
Grande curvatura	—		—	1,65 %	1,8

(*) Além dos 182 casos aqui computados, Agote apresenta mais 5 casos de úlceras "gástricas e duodenais", 3 "múltiplas e gástricas", 6 do "corpo" e 10 "exulceratio" e 10 "gástricas, sem especificar", que não puderam ser apuradas no presente quadro.

(**) Estatística publicada por Clagett, compreendendo os anos de 1933 a 1937, em que foram operados na Clínica 98 casos de úlcera da incisura angular, 84 casos de úlceras da pequena curvatura acima da incisura, 43 casos de úlcera da pequena curvatura abaixo da incisura, 41 casos de úlcera da parede posterior, 4 casos de úlcera da grande curvatura e 2 casos de úlcera da parede anterior.

sellas não viu nenhum em 13.000 exames radiológicos do estômago.

Tratando da úlcera da face posterior do estômago, A. Bernard divide as úlceras de face em primitivas e secundárias, definindo as primeiras como aquelas que ocupam unicamente a face e as segundas como aquelas que, tendo sua origem na pequena curvatura, se estendem para as paredes do estômago. Essa divisão é passível de crítica, pois que as segundas realmente nada mais são do que úlceras da pequena curvatura. Será melhor nomeá-las como úlceras gigantes da pequena curvatura. As úlceras da parede posterior são relativamente frequentes; em autópsias, Hauser as encontrou em 17,3 % dos casos de úlcera gástrica.

O diagnóstico previo de úlcera da parede anterior do estômago só excepcionalmente será feito. Messias Fonseca assinala que na grande curvatura e na parede anterior a semiologia é precaríssima, senão nula. E diz textualmente o seguinte: "Da úlcera simples da parede anterior do estômago sabe-se apenas que ela provoca uma dor para o hipocondrio esquerdo, dor essa que se exagera quando o doente ocupa o decúbito abdominal e que se calma no decúbito dorsal. Em consequência da grande mobilidade dessa parte, a úlcera que aí se assesta está sujeita, mais do que outras, às perfurações, com todas as suas fatais consequências". Tais conceitos merecem ser melhor apurados, reservando-se algo de mais positivo depois do exame minucioso de uma série grande de observações clínicas. E' sabido que as úlceras altas — e as úlceras das paredes anterior e posterior são de regra altas — produzem dor que se propaga para a esquerda; o caráter dessa dor, principalmente em sua relação com o decúbito, merece mais larga documentação para se concluir sobre o seu valor real do diagnóstico topográfico. Também quanto à predisposição à perfuração, somente a revisão de uma série grande de casos e seu estudo comparativo com a incidência de perfurações agudas na úlcera do duodeno e na da pequena curvatura poderá confirmar o conceito esposado pelo malogrado médico patrício. Aliás um dos nossos casos chegou ao hospital em estado de perfuração, sendo dado firmar o diagnóstico de perfuração de "úlcera alta" do estômago, em virtude de uma dor súbita e violenta que o doente acusou ao nível do ombro esquerdo. Essa propagação para o ombro será apanágio da úlcera da parede anterior? Aí fica a interrogação para a resposta dos observadores. Em síntese, parece que não há nada assentado de particular na sintomatologia da úlcera da parede anterior do estômago, capaz de conduzir a um diagnóstico presuntivo de sede.

O diagnóstico seria radiológico. Mas Guttmann diz que nunca viu uma radiografia de úlcera da face anterior. E ainda 44)

RECÇÃO DOS DISTURBIOS DO SISTEMA
"Pancreas-Duodeno-Vias Biliares"
e "Sintomas Gastro-Cardiacos"



Conteúdo: gr. 0,25
Molho total de Pancreas

Óleos vegetais gr. 0,10

Extractos de Curcuma gr. 0,10

EM CADA DRÁGEA

Dancurmen

PANCURMEN

Os estudos modernos sobre a fisiopatologia das afecções do aparelho digestivo salientam cada vez mais a necessidade de um perfeito funcionamento do pâncreas e do sistema biliar para que se processe uma digestão normal dos alimentos.

Já de alguns anos para cá se tem tentado o tratamento de distúrbios digestivos em geral, como dispesia fermentativa, meteorismo crônico, etc., mediante a administração dos fermentos pancreáticos.

Porém a atividade destes fermentos pancreáticos depende de fatores diversos de ordem reflexa ou humorais. Assim é que a lipase pancreática, sem dúvida um dos mais importantes fermentos deste órgão, exige um escoamento normal de bile.

A bile, além de garantir um meio alcalino ótimo para a ação enzimática, ativa especificamente a lipase e por isso no PANCURMEN encontram-se associados ao extrato pancreático os PIGMENTOS DE CÚRCUMA, cuja ação colerética e colagogia foi sobejamente demonstrada pelos trabalhos de KOCH, GUTENBERG, KALK, NISSEN e outros.

A combinação ideal dos fermentos digestivos (pâncreas) com as substâncias coleréticas e colagogas (cúrcuma) em associação com a diástase vegetal, a qual permite uma utilização total dos hidratos de carbono, tornam o PANCURMEN o produto mais moderno em todos os casos de distúrbios digestivos em geral, aumentando ao mesmo tempo o campo de aplicação para o lado dos DISTÚRBIOS DUODENIAIS e DAS VIAS BILIARES.

INDICAÇÕES:

Insuficiência pancreática — Gastrite, duodenite, colite e enterite — Distúrbios digestivos em geral — Estados dispépticos de diversa natureza — Meteorismo e flatulência — Angiocolite e colecistite — Complexo sintomático gastro-cardíaco — Aquilia gástrica — Diabetes (tratamento auxiliar).

Os comprimidos de PANCURMEN são revestidos por uma camada protetora que garante o efeito curativo ótimo dos fermentos, pois só se desintegram quando chegam ao duodeno.

D O S E S :

1 a 2 drágeas, 3 vezes ao dia, durante ou imediatamente após as refeições. Engulir sem mastigá-las.

APRESENTAÇÃO:

Tubos com 30 drágeas.



TEMMLER WERKE, BERLIN



Únicos distribuidores no Brasil:
INSTITUTO "SELECTUS"
Caixa Postal, 4303 - S. Paulo

recentemente, Ledoux Lebard e Garcia Calderon, em trabalho publicado na *Presse Médicale* de 24 de abril deste ano, declaram que até agora não encontraram imagem típica de uma úlcera da face anterior do estômago. Si já na parede posterior muitas vezes o radiologista não vê o nicho encoberto pelo líquido de contraste que enche a cavidade, havendo para isso necessidade da incidência obliqua ou do exvasamento parcial do estômago, expedientes a que nem sempre recorre — na úlcera da parede anterior as dificuldades devem ser ainda maiores, seja pela menor frequência, que não traz à mente a lembrança de procura-la, seja pela concavidade natural dessa parede, que exige uma radioscopia em varias incidências. E si é facil confundir uma úlcera da parede posterior com úlcera da pequena curvatura, como faz notar Bernard, mais facil ainda será confundir o radiologista uma úlcera da parede anterior com a úlcera da pequena curvatura, como aconteceu com um dos nossos casos.

Si é fato que a úlcera gástrica se produz exclusivamente nos pontos da mucosa que se acham em contacto habitual com os alimentos, como já acreditava Doyen, então seria interessante observarem os radiologistas si, nos casos de úlcera das paredes do estômago, a refeição opaca, ao invés de escorrer pela pequena curvatura, não se projeta pelas faces do estômago, em virtude que qualquer anormalidade do mecanismo de funcionamento do cárda. E' mais uma sugestão que aqui deixamos, esta agora não ao clínico, mas ao radiologista. Uma vez verificada a projeção do alimento opaco pelas paredes gástricas, então o exame radioscópico seria orientado particularmente para elas.

O exame radiológico das úlceras de face foi delineado por Nemours Auguste em *Archives Hospitalières* (x, 653, julho de 1938) e por Ledoux-Lebard e Garcia-Calderon em *La Presse Médicale* (XLV, 628, 24 de abril de 1937).

Diagnóstico mais seguro caberá à gastroscopia. Úlcera alta, situada de regra nas proximidades do cárda, facilmente cairá sob as vistas do endoscopista. Entretanto esse meio semiológico é na prática de uso pouco frequente, não tendo ainda entrado no rol dos meios subsidiários de diagnóstico aos quais se recorre quotidianamente.

O problema terapêutico merece que ainda nos detenhamos ligeiramente sobre o assunto. Já assinalamos que a úlcera da parede anterior é, de regra, uma úlcera alta, uma "úlcera sub-tuberositaria", no dizer de Ledoux-Lebard e Garcia-Calderon, que a nosso ver, melhor se chamaria "úlcera quasi tuberositaria" (presque-tuberositaire). Assim sendo, cumpre confiar o doente a um cirurgião habituado à cirurgia gástrica e portanto capaz de resolver as dificuldades que sem dúvida apresenta a extirpação de uma úlcera das proximidades do cárda. Tratando das "úlceras altas do estômago". Ricardo Finochietto e Diego Zava-

leta dizem pitorescamente que nas mãos de um operador experimtado "a intervenção não será o que alguns incapazes chamam com ironia de *esporte cirúrgico*". E' coisa que se realiza com segurança. De nossa parte, asseveramos que nunca tivemos necessidade de proceder à ressecção condrocostal, mesmo na



Fig. 1 — Aspecto da peça operatoria da observação 1, vendo-se a grande úlcera perfurada na parede anterior e, na parede posterior, a pequena cicatriz da úlcera de contacto quasi ao nível da incisão cirúrgica.

gastrectomia total. Usamos fazer uma incisão pararectal interna à esquerda, atravessando as bainhas anterior e posterior do grande reto do abdome na sua porção mais alta. Quando a úlcera é crônica, basta seccionar a um centímetro acima da lesão para se obter uma sutura firme; nas úlceras em surto agudo ou perfuradas convém ir bem mais além, pois os tecidos vizinhos são edemaciados ou friáveis e não oferecem a garantia de uma boa sutura.

Antes de terminar, cumpre-nos assinalar ainda que em um dos nossos casos havia, ao mesmo nível, uma úlcera cicatrizada da parede posterior. Isso faz pensar que aqui também, como no bulbo duodenal, pode existir a úlcera de contacto, a chamada úlcera do beijo ou úlcera espelho, que também poderíamos chamar de "úlcera de decalque".

Observação I — W. C. H., de 53 anos, sexo masculino, casado, brasileiro descendente de inglês, branco, residente nesta capital. Em 1929 procurou o nosso Serviço queixando-se de dores no epigastrio; pedimos um



Fig. 2 — Aspecto radiográfico do estômago residual do doente da observação I, mostrando a grande extensão da ressecção gástrica.

exame radiológico, não tendo o radiologista encontrado sinais de úlcera. Em 19 de maio de 1937, foi internado de urgência em nosso Serviço do Sântorio Santa Catarina, apresentando um abdome agudo. Contava que já de 8 anos sofria de dor no epigastrio, com inicio antes do almoço e maior intensidade à tarde, antes do jantar; desaparecia com a ingestão de alimentos para voltar às 15-16 horas e às 21 horas. Tinha vômitos alimentares e biliosos, precedidos de queimação intensa ao nível do epigastrio. Era alcoolatra inveterado. Tinha ligeiras fazes de acalmia, mas ultimamente se sentia peor. Na manhã desse dia estava trabalhando quando sentiu subitamente uma dor de punhalada no epigastrio, à esquerda da linha me-

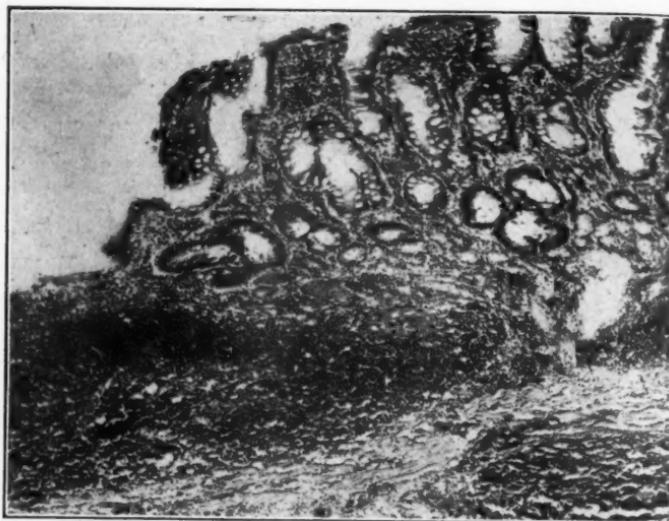


Fig. 3 — Aspecto microscópico do bordo da úlcera. (Observação 1).

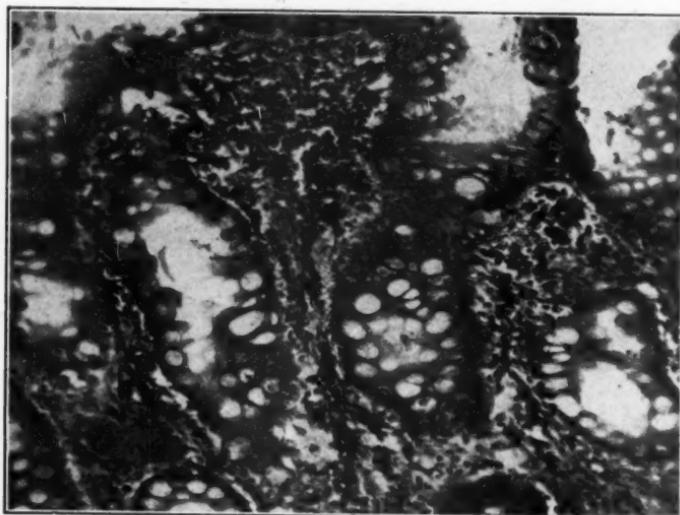


Fig. 4 — Microfotografia com maior aumento, para mostrar, que não ha degeneração carcinomatosa. (Observação 1).

diana, com propagação para o ombro esquerdo. Deram-lhe Pantopon e Cibalena, sem resultar o alívio desejado. Visto então pelo dr. Mario Valença, este o encaminhou imediatamente para o hospital. Encontramo-lo com ventre em madeira, apresentando hiperestesia cutânea, mais acentuada no abdome superior. Fizemos o diagnóstico de úlcera alta perfurada, levando o paciente para a mesa operatória, tendo como assistente o dr. João Noel von Sonnleithner. Anestesia racheana com Scurocaína. Incisão de Lenander à esquerda. Verificamos logo uma extensa perfuração na parede anterior do estômago, havendo bastante líquido na cavidade peritoneal.

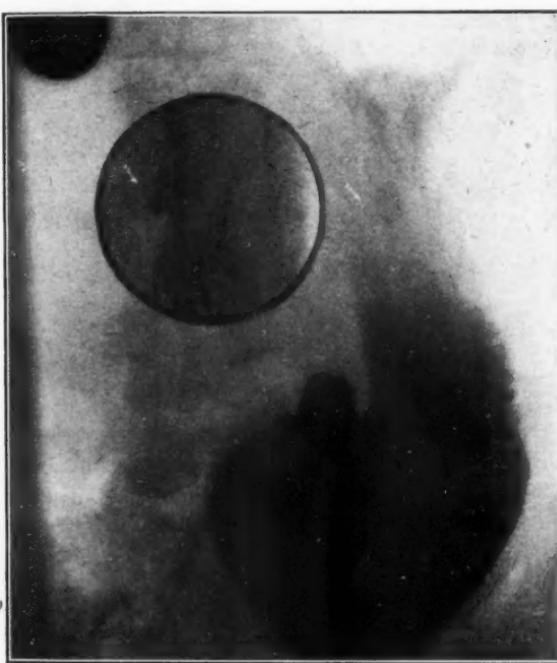


Fig. 5 — Aspecto do nicho na observação II, visto de frente na chapa grande e em meio perfil na chapa pequena do medalhão.

Mesos edemaciados e figado lobuloso, duro, retraido. Fizemos a gastro-
-duodenectomia parcial a Reichel-Polya, pela técnica usual e apêndicostomia
suplementar. Drenagem no peritoneo. Duração, 1,20'. A peça ressecada
foi aberta pela grande curvatura, mostrando na face anterior uma ulceração
de cerca de 3,5 por 4 cm., a 1,5 cm. da pequena curvatura e a 2 cm. da
grande curvatura, com dois núclos confluentes de perfuração; havia in-
tensa gastrite edematosas generalizada; na face posterior, ao nível da úlcera
da face anterior, havia pequena cicatriz retratil, visível também pelo lado
da serosa, com notável diminuição da espessura da parede do estômago.

No posoperatório, o doente demonstrou logo lerdura das reações or-
gânicas, mantendo-se apático e sem disposição, embora decorresse sem aci-



Fig. 6 — Fotografia da peça operatoria da observação II, vendo-se a úlcera alta da face anterior e numerosas pequenas cicatrizes disseminadas principalmente pelo antro pilórico.

dentes a reparação das feridas cirúrgicas. A 16 de junho foi tirada uma radiografia, que bem demonstra a extensão da ressecção gástrica. Tendo deixado o hospital, o paciente veiu a falecer, na sua residência pouco mais de trinta dias depois da intervenção, em virtude de insuficiência da glândula jecoral.

O exame histológico deu o seguinte resultado:

"Exame microscópico de pedaço retirado de úlcera gástrica perfurada:

Pelo exame microscópico, nota-se que a mucosa gástrica se apresenta conservada em quasi a totalidade do preparado, excepto em dado ponto onde falta completamente, sendo substituída parcialmente por um epitélio monoestratificado, de células chatas. A parede gástrica a este nível mostra-se espessada e intensamente infiltrada por um exsudato celular inflamatório constituído por linfocitos e plasmocitos, ao lado de granulocitos eosinófilos prevalentemente, neutrófilos em menor numero, fibroblastos e vasos neoformados; tal exsudato atinge as varias camadas do órgão, dissocia as fibras da musculara e atinge até a serosa. Mesmo ao nível da



Fig. 7 — Radiografia mostrando a extensão da resecção gástrica no caso da observação II.

parte recoberta por mucosa íntegra, nota-se idêntico infiltrado invadindo as várias túnica, porém em menor intensidade. Alguns vasos da serosa mostram sinais evidentes de endarterite. *Diagnóstico:* — Úlcera crônica gástrica. a) M. J. Monteiro de Barros Netto⁹.

Observação II. — A. P., 29 anos, sexo feminino, casada, brasileira, pescadaira, branca, residente nesta capital. Sua doença data de cerca de quatro anos, quando apresentava dores vagas e difusas pelo abdome, sendo então submetida à apendicectomia, com o que não obteve melhorias. Essa situação perdurou até que sobreveio, a cerca de 20 dias, uma crise dolorosa mais intensa, localizada no hipocondrio esquerdo e com propagações para o precordio e ambas as espáduas, predominantemente a esquerda. As dores eram mais ou menos persistentes e vieram acompanhadas de vômitos biliosos, asia, enjoos, arrotos e sialorréia intensa. Nesse estado compareceu ao nosso consultório. A escuta nada revelou de anormal; não apresentava baço nem figado palpáveis, não se podendo localizar ponto doloroso à pressão. Encontramos, porém, vasculejo franco no epigastrio. Um exame radiológico feito pelo dr. J. M. Cabello Campos mostrou um nicho de úlcera nas proximidades do cardia. Um exame mais atento das chapas ter-nos-ia conduzido ao diagnóstico de úlcera de face, pois a imagem está fóra da pequena curvatura, a 1/3 de distância desta e a 2/3 da grande curvatura. A operação foi realizada no Sanatório Santa

Catarina a 10 de maio de 1937, com a assistencia do dr. João Noel von Sonnleithner. Anestesia tronco-regional com Neotutocaina a 10/00; incisão paramediana parcial interna (Lenander) à esquerda. Verificada a existencia de uma úlcera alta da parede anterior do estômago, foi feita a gastroduodenectomia parcial à Reichel-Polya, pela técnica habitual, sem drenagem. Duração 1 h.20'. A peça ressecada media 16 centimetros ao nível de pequena curvatura. Apresentava, na face anterior, a cerca de 4 centimetros da pequena curvatura, uma úlcera de bordos irregulares, medindo 1,3 cm. no maior diametro. Além de edema periumeroso, a mucosa continha numerosas pequenas cicatrizes disseminadas principalmente pelo antró do piloro.

O decurso posoperatorio evoluiu sem novidades. A paciente encontra-se em boas condições. A 14 de agosto de 1937 foi submetida a exame radiológico, afim de se verificar o funcionamento da boca anastomótica. O laudo do radiologista foi o seguinte: "Estômago reduzido a uma estreita faixa alongada (ressecção quasi total); boca anastomótica de boa situação com permeabilidade normal; evasamento gástrico normal. a) Dr. J. M. Cabello Campos".

Pesquisa da alça jejunal em cirurgia gástrica

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

— Preço 5\$000 —

Pedidos ao autor — Caixa Postal, 1574 — S. Paulo

VITACÊ é uma vitamina C natural associada ao calcio, ao phosphoro e a hormonios



VITACÊ granulado

VITACÊ injectável

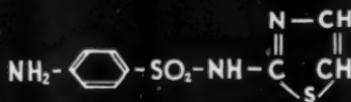
LABORATORIO PLASMORGAN LTDA.

RUA DR. PINTO FERRAZ, 710 — SÃO PAULO

CIBAZOL



sulfanilamidotiazol



PARA O TRATAMENTO
QUIMIOTERÁPICO
DAS INFECÇÕES
PRODUZIDAS POR

**PNEUMOCOCOS
MENINGOCOCOS
GONOOCOCOS
ESTREPTOCOCOS
COLIBACILOS, ETC.**

TUBOS DE 20 COMPRIMIDOS DE
0,5 GRS.

PRODUCTOS CHIMICOS CIBA S. A.
RIO DE JANEIRO SÃO PAULO RECIFE

SYPHILIS



O mais moderno,
mais espirilicida e
mais tolerável dos
arsenobenzóes. Sa-
tisfaz integralmente
às exigências de
"standardização"
da Comissão de
Hygiene da Liga
das Nações.

DOSES:
I - 0 gr. 15 V - 0 gr. 75
II - 0 gr. 30 VI - 0 gr. 90
III - 0 gr. 45 X - 1 gr. 50
IV - 0 gr. 60 XX - 3 grs.

EMBALAGENS:
Caixa de 1 e 10 ampolas de cada dose
Caixa-série clínica: 12 ampolas (total, 5 grs. 70)
para um tratamento completo
Caixa-série completa: 6 ampolas, doses I a VI

CORRESPONDENCIA: **Rhodarsan** CAIXA POSTAL, 2916 - S. PAULO

PRODUÇÃO MÉDICA PAULISTA*

Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

SESSÃO DE 2 DE SETEMBRO

Presidente : PROF. FRANKLIN DE MOURA CAMPOS

Craniologia constitucional —
Valor médico-legal — DR. MÁNUEL PEREIRA — Iniciou o A. a sua comunicação fazendo uma ligeira síntese de evolução do conceito da constituição em geral. Detem-se, depois, nas classificações biotipológicas, as quais ressaltam o aspecto da relação entre o crânio e constituição, frisando os estudos de Sigaud, Dretschmer e Pende. Em seguida, expõe o conceito do princípio fundamental da craniologia constitucional de Barbara, passando a descrever a técnica da determinação do tipo constitucional crâniano, propostas por esse autor e ao estudo analítico das várias formas biotipológicas crânicas da classificação estabelecida pelo grande mestre italiano. Apresentou ainda os resultados de suas pesquisas feitas na seção de Biotipologia do Instituto "Oscar Freire", da Faculdade de Medicina, que constaram da determina-

ção do tipo constitucional crâniano dos universitários paulistas. Os seus estudos foram baseados nas mensurações de 300 estudantes de diversas Faculdades da Universidade, descendentes de pais e avós paulistas, brancos, de idade entre 17 e 30 anos, chegando aos seguintes resultados : tipos crânicos : Normotípicos — 2%; Harmonicos — 7.7%; Braquítípicos — 29%; Longítípicos — 61.3%. Por fim realçou o valor médico-legal da aplicação dos estudos da craniologia constitucional, salientando, entre outros, o da contribuição para a criminologia e identidade. Em seu aspecto criminológico, encareceu o exame somático, psicológico, fisiopatológico das diversas modalidades características de perturbações mentais. Para os processos, afim de estabelecer a identidade pessoal, pôs em relevo o que diz respeito à raça, sexo, estatura e idade.

(*) As notícias referentes à Sociedade Médica São Lucas são publicadas no Boletim do Sanatório São Lucas, que é distribuído com o presente número.

RECALCIFICACÃO
DO ORGANISMO

TRICALCINE

TUBERCULOSE
FRACTURAS, ANEMIA
ESCRUFULOSSE

Fabricada no Brasil com fórmula especial e sob o controle do
LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA-Paris
Unicos distribuidores para todo o Brasil
SOCIEDADE ENILA LTDA.
174, Rua General Camara — Caixa 464 — Rio

AMAMENTAÇÃO
CRESCIIMENTO
GRAVIDEZ

Bocio intratoraxico — PROF. ALIPIO CORREIA NETO — O A. apresentou duas observações de doentes portadores de bocio coloide com fenômenos de compressão dos vasos, esôfago e traquéia ao nível do pescoço e torax. Ambos apresentavam manifestações gerais como sejam: tremores, emagrecimento, etc. que poderiam no caso serem interpretadas como consequentes a uma irritação da cadeia simpática torácica pelo bocio.

Classificou um dos casos como sendo retro-esternal e o outro como bocio intratoraxico verdadeiro. Ambos os pacientes curaram-se inteiramente com a tiroidectomia parcial.

Experiencias com um novo fio de sutura — DR. A. BERNARDES DE OLIVEIRA — O A. faz uma comparação entre os diversos fios de sutura existentes como sejam, seda, aço, catgut, etc., para finalmente concluir que é o Plastigut que maiores vantagens oferece, tanto por reduzir a um mínimo a "molestia da sutura" como também apresentar vantagens económicas.

A seguir, leu uma série de resultados obtidos com o Plastigut.

Acrescentou ainda o prof. Bernardes que, no caso da sutura da pele, não empregava o Plastigut mas sim os "agrafes" pela maior comodidade da retirada.

SESSÃO DE 9 DE SETEMBRO

Presidente: PROF. F. DE MOURA CAMPOS

Insuficiencia respiratoria de origem bucal — PROF. FLORENCIO ESCARDO' — O conferencista discorreu longamente sobre a anatomia e a fisiologia bucal, e sobre as enfermidades que, afetando o aparelhamento funcional da boca, provocam ruptura no equilíbrio anatomo-fisiológico bucal, com graves consequências para o fenômeno respiratório.

Proseguindo fez uma análise crítica do fenômeno mastigatório,

apontando as suas deficiências e os corretivos correspondentes. Explicou, depois, a formação dos dentes e a sua ação funcional na estrutura do complexo respiratório.

Concluindo, aludiu à imprescindível necessidade do espirometro na aferição exata da quantidade do ar respirado para a avaliação da insuficiencia respiratoria.

A conferencia do prof. Florencio Escardo foi ilustrada com graficos e quadros estatísticos.

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE, MOLESTIAS TROPICAIS E INFECIOSAS EM 4 DE MARÇO

Presidente: DR. F. A. CARDOSO

Hospitais norte-americanos — DR. ODAIR PEDROSO — O A. fez o relato do que observou em matéria de organização hospitalar, nos Estados Unidos da América do Norte, onde esteve comissionado pelo governo do Estado de São Paulo. Mostrou diferentes tipos de hospital, bordando comentários sobre o grande espírito de cooperação e o elevado

padrão de vida naquela república do norte do continente. Ilustrou a palestra com diapositivos.

Comentários: Dr. Nestor Reis: Felicitou o A. pela interessante palestra, que mostra a excelente organização hospitalar dos Estados Unidos. A cooperação do Estado, da filantropia, o processo de retomar uma deliberação sobre

conduta terapêutica, baseado na opinião coletiva de varios especialistas, o nível de compreensão do doente, são fatores que, harmonicamente, conduzem a bom êxito as organizações hospitalares.

Dr. Plinio Matos Barreto: Felicitando o A. pelo excelente trabalho relatado, assinalou varios pontos que mais lhe chamaram a atenção, entre os quais citou o das discussões semanais dos casos e a confiança que o doente deposita no seu hospital.

Dr. Cardoso: Felicitou o A. pelo trabalho. Focalizou os 2 pontos que lhe chamaram a atenção: o sistema racional de funcionamento do hospital e o mínimo de fiscalização oficial, índices do notável progresso da organização hospitalar norte-americana.

Novos dados para o estudo da distribuição dos triatomas no Estado de São Paulo e Norte do Paraná — DRs. GASTÃO ROSENFELD E FRANCISCO A. CARDOSO — Os AA. fizeram pesquisas, assinalando a presença de triatomas infectados com *Trypanosoma cruzi*, Chagas, 1909, nas localidades de Oleo, Angatuba e Garga, e de triatomas não infectados nos municípios de Vera Cruz e Ipausú. Essas localidades ainda não foram mencionadas como tendo triatomas. Assinalam a presença de triatomas infectados nos municípios de São João da Boa Vista e Ituverava, sendo que nesta última não haviam ainda sido encontrados triatomas infectados. As espécies encontradas foram duas: *Triatomas infestans*, Klug, 1834, 197 exemplares; *Eutriatoma soridida*, Stal, 1859, 1 exemplar.

SECÇÃO DE NEURO-PSIQUIATRIA, EM 19 DE MARÇO

Presidente: DR. ANIBAL SILVEIRA

Aracnoidite espinhal luética com sintomatologia dolorosa, simulando afecção gástrica — DR. OSWALDO LANGE e ACO. ANTONIO LEFÉVRE — Os autores apresentam a observação de um caso de aracnoidite espinhal de origem luética com radiculite dorsal. A sintomatologia subjetiva constituída de dores de tipo radicular, permanentes e resistentes a toda a medicação analgesica, com períodos de exacerbação de caráter fulgurante e localizadas principalmente no epigástrico fazia suspeitar de afecção gástrica em no período de três anos, levou o paciente por duas vezes à mesa de cirurgia. O exame neurológico e o exame do líquido céfalo-raquidiano esclareceram o caso: o emprego da medicação anti-luética determinou rápida redução dos fenômenos dolorosos. Os autores ressaltam a necessidade do exame neurológico dos pacientes que apresentem um quadro sintomático no qual predominem os fenômenos dolorosos, mórmente quando simulem afecções gastro-intestinais.

Comentários: Dr. H. Mindlin Teceu elogios ao trabalho do autor, dizendo em seguida, ter observado casos em que a aracnoidite era indiscutível, nos quais o dr. Walter Maffei, anatomo-patologista da nossa Faculdade, frisou que "aracnoidite" sob o ponto de vista etiologico, absolutamente não é diagnóstico, e que se justifica apenas, sob o ponto de vista clínico, pela sintomatologia, etc. Evidentemente existe sempre um fator a determinar o processo.

Dr. Otávio Lemmi: Fez algumas considerações sobre o termo aracnoidite, achando que o diagnóstico de meningo-radiculite, explicaria melhor certos aspectos da sintomatologia do paciente.

Dr. Reis: Teceu algumas considerações técnicas sobre a prova de Stuck, realizada pelo A. no caso apresentado.

Dr. Paulino Longo: Felicitou-o pelo seu trabalho, subscrevendo inteiramente o diagnóstico pelo mesmo feito, de aracnoidite espinhal luética. Acha que sob o ponto de vista clínico o diagnos-

tico é perfeitamente justificado. Falou também sobre a terapêutica do processo, no qual freqüentemente se tem que lançar mão da malarioterapia, ao passo que o A. obteve ótimos resultados, apenas com a medicação clássica.

Dr. Aníbal Silveira: Elogiou o trabalho dos AA. dizendo não haver dúvida que o diagnóstico clínico do caso, foi bem estabelecido e com critério clínico rigoroso. Acha que o resultado do tratamento específico, vem a favor do diagnóstico de "aracnoidite", em que não há outro elemento responsável pelo quadro clínico apresentado.

Dr. Oswaldo Lange, respondendo: Agradeceu aos comentários feitos, justificando mais uma vez o diagnóstico feito, de se tratar apenas de uma aracnoidite, devido à ausência de sinais objetivos que autorizassem um processo mais grave, bem como pela evolução rápida para a cura, apenas com o tratamento clássico. Além disso a prova de Steinfeld, foi negativa, no caso. Referiu-se novamente à prova de Stuck, praticada no paciente. Não pôde puncionar o doente novamente, depois de curado, para a verificação do quadro líquoríco.

Meningo-polineurite diftérica. Considerações gerais sobre as meningites causadas por germes do gênero corynebacterium — DR. CARLOS O. BASTOS — O A. descreve a observação de uma mulher de 38 anos, cujo quadro mórbido se iniciou com um processo inflamatório da garganta, possivelmente uma angina diftérica. Em seguida, surgiu manifestações parestésicas dos membros inferiores e que logo atingem também os superiores, dando ensejo ao instalar-se de uma tetraplegia flácida, com perda quasi integral da motricidade voluntária.

Posteriormente sobrevieram manifestações meningíticas, exteriorizadas pela sintomatologia clássica. A punção lombar deu origem a um líquido espinhal turvo, no qual o dr. Oswaldo Lange assinalou a positividade das reações meningíticas e a presença de gér-

60)

mes com os caracteres morfológicos e tintoriais do bacilo de Klebs-Loeffler, dos quais, contudo não são obtidas culturas a pesar de semeados nos meios convenientes.

O A., diante deste resultado, estabeleceu o diagnóstico de meningo-polineurite diftérica, praticando a soroterapia específica por via raqueana, intramuscular e endovenosa e obteve a remissão dos fenômenos meningíticos: em seguida, com a medicação habitual das polineurites, regridiram integralmente as manifestações paralíticas, com "resultado ad integrum" do paciente.

Em seguida, o A. fez a revisão da literatura alusiva aos raros casos de meningites causadas por gérmenes do gênero "Corynebacterium", detendo-se em estudar as meningites diftéricas verdadeiras e aquelas determinadas pelos bacilos difteroides. Terminou, fazendo o estudo comparativo entre a sua própria observação e as poucas outras registadas na literatura médica, para concluir, estribado principalmente em argumentos clínicos, pela inclusão de seu caso na estreita casuística das meningites diftéricas, onde supõe não existir qualquer contribuição nacional.

Comentários: Dr. Edgard Pinto Cezar: Pediu a palavra apenas para felicitar o A. pela maneira brilhante com que apresentou o seu trabalho. Aproveitou o ensejo para citar um caso de sua clínica particular.

Dr. Reis: Fez suas, as palavras do dr. Edgard Pinto Cezar, quanto à maneira brilhante e original da apresentação do trabalho. Considerou muito certa a atitude do A., observando prudência quanto ao diagnóstico absolutamente exato, pois que não teve elementos suficientes para identificar o gérme como o corynebacterium diftérico.

Dr. Henrique Mindlin: Felicitou o A. pelo seu trabalho, que é o primeiro trabalho nacional sobre o assunto. Fez algumas considerações sobre os exames realizados, evidenciando a necessidade de al-

guns outros, como o exame elétrico, que não foi realizado pelo autor.

Dr. Oswaldo Lange: Considerou o trabalho do A. de grande valor, elaborado com grande critério clínico e precisão. Falou a seguir, sobre a dificuldade que tem o médico, no interior, para os exames de laboratório necessários, considerando pois, prudente, a atitude do A., ao não pretender fir-

mar positivamente a identidade do gérme encontrado, como o *corynebacterium diphtheriae*.

Dr. Carlos O. Bastos, respondendo: Agradeceu todos os comentários e as palavras elogiosas feitas. Voltou a considerar novamente a questão do diagnóstico exato, por ele mesmo já criticado, pelo fato de não ter tido elementos para identificação certa do gérme encontrado.

SECÇÃO DE NEURO-PSIQUIATRIA, EM 5 DE FEVEREIRO

Presidente: DR. ANIBAL SILVEIRA

Importância da biotipologia para os estudos neuro-psiquiátricos — DR. CORIOLANO ROBERTO ALVES — O A. inicialmente teceu considerações em torno da biotipologia em geral, fazendo um rápido apanhado do seu histórico.

Depois de citar os trabalhos da escola de Viola, mostra o valor que tem sido atribuído à biotipologia no estudo das moléstias mentais.

Em seguida, fez demonstrações por meio de diapositivos bem documentados, da orientação do serviço biotipológico do Hospital do Juqueri, citando então vários casos interessantes.

Concluiu a comunicação com a apresentação de observações que vem corroborar plenamente como a biotipologia influe decididamente em psiquiatria.

Comentários: Dr. Mario Yahn: Teceu elogios em torno do trabalho apresentado, que vem como que abrir novos rumos ao diagnóstico em psiquiatria.

Dr. Oswaldo Lange: Pediu a palavra apenas para felicitar o A. de trabalho tão interessante.

Dr. Anibal Silveira: Como presidente, agradeceu em nome da Secção o interessante trabalho apresentado, pedindo ao dr. Coriolano que continue a trazer o resultado de suas observações.

Remitencia, intermitência e periodicidade nas doenças mentais — DR. VIRGILIO CAMARGO PACHECO — O A. iniciou a comunicação procurando explicar a significação do vocábulo "Remitência", dizendo que, segundo a opinião da maioria dos autores clássicos, que é apenas uma atenuação e não o desaparecimento de sintomas, que continuam a persistir em um grau determinado, motivo pelo qual não se deve empregar as expressões remissão total ou remissão parcial.

Com referência aos adjetivos "intermitente" e "periódico," lembra que mesmo em trabalhos de AA. de grande responsabilidade são por vezes empregados indistintamente como sinônimos um do outro.

Acha que não devemos falar conscientemente em periodicidade quando, por exemplo, estejamos convencidos de que se trata de uma esquizofrenia evolvendo por surtos, e de "intermitência", quando estiverem em causa acessos recidivantes, insosfismavelmente ligados à síntese maníaco-depressiva. Uma vez, admitida tal diferenciação, o assunto teria certa importância, mesmo sob o ponto de vista médico-legal.

HEXOSE - glicose a 50%

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE MARÇO

Presidente: PROF. ANTONIO PRUDENTE

Cancer da mucosa bucal — PROF. ANTONIO PRUDENTE — O A. iniciou o trabalho falando sobre o interesse enorme com que se dedicam cirurgiões e radioterapeutas, para solucionar o problema do tratamento do cancer localizado na mucosa bucal, o que é muito justificável pelo sofrimento, tanto moral como físico, dos doentes portadores desse mal.

Falando sobre a mortalidade provocada pela afecção, em São Paulo, disse o A. que é interessante notar, que a mesma apresenta cerca de 5% da mortalidade total dos tumores malignos, que por sua vez roubam a vida a mais de mil pessoas por ano, em nossa Capital. É também curioso verificar que a grande maioria dos portadores desses cânceres, em São Paulo, é de estrangeiros, principalmente italianos. Além disso são muito mais frequentes nos homens do que nas mulheres, pertencendo 80% de suas vítimas ao sexo masculino. A ação do tabaco, tem a esse respeito uma importância excepcional. O prof. Rofso, que estudou com muito cuidado a ação cancerígena do tabaco, mostrou que ela é atípica. Aliás, o próprio A. relatou que 90% dos doentes por ele vistos, eram fumantes. Outro fator que não deve ser esquecido é o estado dos dentes, que quando cariados, ou quebrados, ferem continuamente a mucosa bucal, predispondo ao aparecimento do câncer; os dentes obturados com duas qualidades de metal, formando pilha elétrica, devem ser levados em consideração, como fatores predisponentes ao câncer. A sífilis também não deve ser esquecida; entre 10 portadores de câncer bucal, 8 são sífilíticos.

Quanto à localização, por ordem de frequência é a seguinte: língua, lábio, assoalho da boca, bo-

checha e véu do paladar. O tumor pode ser reconhecido no início, formando pequeno nódulo ou saliência papilar. Mais raramente se apresenta, desde logo, como uma ulceração. Na primeira fase a percentagem de cura é de quase 100%. A máxima malignidade do tumor, reside no fato de se difundir com grande facilidade pelos linfáticos; geralmente existem metastases ao nível dos gânglios do pescoço, cujo tratamento é tarefa difítilma, exigindo operações muitas mutilantes.

Por fim, o A. falou sobre o tratamento moderno do Câncer da mucosa bucal, desenvolvendo-se principalmente no esvaziamento ganglionar, para o qual o A. usa uma técnica aperfeiçoada, o que permite o esvaziamento ganglionar total do pescoço.

Comentários: Em seguida foi dada a palavra ao dr. Matias Roxo Nobre, comentador oficial do tema, que desenvolve a questão do tratamento do Câncer da mucosa bucal, pela radioterapia.

Falou inicialmente sobre os cuidados que se devem ter, antes de se iniciar o tratamento radioterápico, como o diagnóstico exato. O diagnóstico exato naturalmente é feito pela verificação anatomo-patológica; compreende-se, então, que os casos que vão ser tratados pela radioterapia geralmente são já adiantados, pois os pequenos tumores são extirpados pelo próprio ato da biópsia.

Considerou também a indicação que deve ser precisa, e o preparo do doente.

Terminou, considerando várias questões técnicas, como número de aplicações, dosagens, e os resultados obtidos, que dependem em grande parte do estadio da lesão.

HEXAMYO - IODETO EM GOTAS



Placivacina

CLY

Anti-psycogenica

Anti-virus de Beyredka

Cicatrizante

Óleo de fígado de bacalhau

LABORATÓRIO "TORRES"

RUA GLICÉRIO, 429 — SÃO PAULO

Consultores científicos: Profs. Jayme R. Pereira e Otto Bier

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFILIGRAFIA, EM 11 DE MARÇO

Presidente : DR. HUMBERTO CERRUTI

Caso de pelagra em escolar

— DR. A. ANCONA LOPEZ — O A. apresentou à Casa uma criança, escolar, que apresentava um "colar de Casal" típico ao lado de outras manifestações clínicas da pelagra: crises diarréicas, nervosismo, etc. Além disso havia infestação pelo anquilostomo. O dr. João Paulo Vieira discutiu o caso, achando que se deve ter muito cuidado no diagnóstico de pelegra, pois o caso presente a se ver parece ser mais o de uma lesão por sensibilização aos meios do que uma pelagra verdadeira. Citou também as investigações que realizara no Hospital do Juqueri, onde verificou o verdadeiro "eritema pelagoide" por irradiação solar intensa, havendo conseguido curas somente com o afastamento desses fatos.

O prof. Mario Artom disse que não concorda muito com a distinção entre pelagra e eritema pelagoide: alguns começam com eritema e depois terminam em pelagra verdadeira. Quanto à ação da luz todos os casos de pelagra são a ela ligados. A pelagra é um síndrome determinado pela carença e fotodinâmica intimamente ligadas. Não se pôde fazer uma distinção nítida entre eritema e pelagra.

"Porokeratose de Mibelli"

— DR. ANCONA LOPEZ — O A. apresentou um caso de sua clínica particular de porokeratose de Mibelli: pápulas duras isoladas ou conglomerados em arco no pescoço e membros superiores. Não foi possível conseguir-se uma biópsia do paciente.

O prof. Artom achou que deva ser a "porokeratose mínima" isto é, uma forma particular da porokeratose de Mibelli.

Sobre um caso de diagnóstico duvidoso entre tuberculose verrucosa e piôdermite vegetante — DR. HUMBERTO CERRUTI

— O A., que para apresentar o caso passou a presidência da reunião ao dr. Argemiro Rodrigues de Souza, mostrou fotografias e diaPOSITIVOS da lesão, quer macroscopicamente quer histo-patologicamente. Na anamnese referiu que a lesão data de 1 ano para cá, e o paciente nunca esteve em zona onde é frequente a leishmaniose, alem de negar qualquer antecedente pessoal e familiar para o lado da tuberculose. Após descrever a única lesão no dorso da mão que o doente apresentava fez a descrição histo-patológica da mesma, dando em seguida os resultados dos exames de laboratorio: R. Wassermann negativa, intradermo-reação de Mantoux e Montenegro por duas vezes negativas; micologia negativa, esfregações para B. Koch e leishmanias negativos e inoculação em cobaia do triturado de borda da lesão para B. de Koch. O A. teceu comentários em relação ao diagnóstico diferencial lembrando a sífilis vegetante, esporotricose vegetante, dermatite verrucosa leishmaniose tegumentar americana, carcinoma, boubas, blastomicose, actinomicose e outras dermopatias de caráter vegetante. Estabelece em seguida a discussão diagnóstica entre a tuberculose verrucosa e a piôdermite vegetante. Depois de tecer longas considerações em volta destas duas dermatoses concluiu do seguinte modo: a apresentação deste caso como vemos tem um duplo interesse: em 1.º lugar pedir aos colegas presentes sua opinião sobre o possível diagnóstico do caso, em 2.º lugar lembrar que entre nós as lesões de caráter verrucoso e vegetante devem ser mais bem estudadas sob o ponto de vista etiológico, não se ajustando categoricamente e sumariamente à tuberculose, por quanto esta sendo às vezes incharacterística não só bacteriologicamente e histologicamente como também pela inoculação em cobaias deverá existir com mais

frequencia do que se pensa, se nós nos basearmos na concepção de Lewandowsky, de que nos lugares onde ha lupus eritematoso é frequente a tuberculose verrucosa.

Comentários: O prof. Mário Artom, diz que concorda com o A. principalmente no que se refere às dificuldades encontradas muitas vezes para se estabelecer um diagnóstico certo; é uma questão que deve ser bem estudada. O dr. Argemiro Rodrigues de Souza, continuando os comentários, disse ter tido em sua clínica particular um caso perfeitamente idêntico até na localização e que se curou perfeitamente com os curativos comuns da Água de Ali-bom.

Estudos bacteriológicos sobre o pênfigo foliáceo — DR. BENEDICTUS MÁRIO MOURÃO — Primeiramente o autor recorda seus trabalhos visando isolar um vírus como agente etiológico do fogo selvagem, realizados no Instituto Butantan em colaboração com Paulo Artigas durante os anos de 1937 e 1938. Nesse trabalho, feito intensivamente, foram utilizados cerca de 810 animais (coelhos, cobaias, ratos, camundongos, macacos e vitelos), inoculados com sangue total desfibrinado, soro sanguíneo, líquido de bolhas e emulsão de crostas em salina, por quasi todas as vias accessíveis e usando os mais variados artifícios de técnica para diminuição de resistência em sensibilização dos animais de laboratorio; os resultados foram sempre negativos, não se conseguindo isolar um vírus dermotrópico, viscerotrópico ou neurotrópico, apenas se constatou no correr das experiencias a presença de um vírus leporino sem relações com pênfigo foliáceo. Essas pesquisas foram mais tarde confirmadas no Instituto Conde Lara pelo próprio autor em colaboração com J. P. Vieira; nesse segundo trabalho empregou-se menor número de animais mas o material de origem humana foi mais abundante e variado. De todas estas pesquisas somente um fato

foi sempre positivo e uniforme: a presença de streptococos hemolíticos e virulentos em quasi todo o material cutaneo. A prática sistemática da hemocultura foi justificada por esse achado constante e pelo quadro térmico que os doentes apresentam: na maioria dos penfigos observa-se elevação da temperatura vesperal geralmente não ultrapassando de 38g. em outros durante certos períodos a temperatura sobe de 38 a 40,5°.

Sendo o presente trabalho especulativo, não foi feita a seleção de doentes. Até a presente data foram praticadas hemoculturas em 86 doentes, tendo sido feitos 130 exames, entre os de controle e repetição. O doente mais recente tinha a sua doença apenas datando de 5 dias e o mais velho a dermatose aparecera há 33 anos atraç. As dificuldades na colheita do material é o ponto capital do trabalho, tendo tomado as mais rigorosas precauções, afim de evitar as possíveis contaminações, principalmente pelos germes do revestimento cutâneo. O sangue desfibrinado foi semeado em meios aeróbios e anaeróbios: incubação a 37° durante 8 dias no mínimo. Os resultados foram os seguintes: Hemoculturas negativas 70 a 81,3%. Hemoculturas positivas para streptococos 12 a 13,9%. Hemoculturas positivas para estafilococos 4 a 4,6%. Reação de streptococos isolados: a) Grupo inerte: 2 raças — 1 raça não virulenta e na outra raça a virulência não foi pesquisada. b) Grupos viridans: 1 raça virulenta (isolada de um caso de Dermatite de Duhring). c) Grupos hemolítico: 9 raças — 5 raças virulentas, 2 não virulentas e 2 cuja virulência não foi pesquisada. Raças de estafilococos isolados: 4 raças todas pertencendo ao grupo albus, sendo apenas 1 raça hemolítica. Virulência pesquisada em coelhos, cobaias e ratos. A percentagem de contaminação foi mínima: 5,3% (7 contaminações nas 130 hemoculturas realizadas). Analisa em conjunto os doentes que forneceram material, sendo os

BIOETHERMIA

faeter



Característicos e vantagens oferecidas pelo "Biothermia" (patente) "Faeter" (Fabrica de Aparelhos Eletro-Terápicos), R. Capitão Salomão, 43 - S. Paulo

16 GRANDES VANTAGENS — NOVIDADE ABSOLUTA.

- 1.º) **Chave Geral Automática.** Protetor automático — Dispensa fuziveis. No caso de excesso de voltagem na rede ou insuficiente conhecimento no manejo do aparelho, este desliga-se automaticamente.
- 2.º) **Sinal Luminoso.** Indicador do funcionamento do aparelho, situado na faixa do escudo parte superior, sendo de vidro leitoso com luz vermelha.
- 3.º) **Chave de Dosagem.** Indicador preciso de energia a ser aplicada no paciente. O maior problema existente na dosagem exata de energia, foi solucionado, com este sistema **Patenteado**.
- 4.º) **Relógio de Tempo.** Indica a duração do tratamento, desligando automaticamente o aparelho, alem de dar um sinal, oferecendo grande facilidade e comodidade aos que lidam com o aparelho.
- 5.º) **Visor e Sintonização.** Indicador visual da perfeita sintonização entre o paciente e o aparelho, situado na parte inferior do escudo, vidro leitoso, ilumina-se com luz branca, correspondendo a intensidade desta luz, à sintonização máxima regulada pelo Sintonizador.
- 6.º) **Sintonizador.** Controlado pelo Visor de Sintonização. Simples manejo de um botão rotativo, sobre uma escala de 0 a 100.
- 7.º) **Comprimento de Ondas.** O aparelho funciona com um comprimento de onda de 9 metros. Este comprimento de onda foi escolhido depois de prolongadas experiências científicas que demonstraram ser esse o comprimento ideal de onda para o seu maximo efeito terapêutico.
- 8.º) **Capacidade e Economia.** A capacidade do aparelho é de 300 watts de energia entre os eletródios e o seu consumo é de 900 watts ou seja 450 réis por hora de funcionamento.
- 9.º) **Proteção do Sistema Nervoso.** O funcionamento do sistema oscilatório do aparelho é alimentado por corrente continua produzida por meio de 2 válvulas retificadoras de mercurio tipo 866, cuja corrente garante um impecável funcionamento do mesmo, além do que, evita as perturbações do sistema nervoso produzidas pela corrente alternada.
- 10.º) **Estabilidade.** A alta frequência é produzida por meio de válvulas osciladoras de grande potência e de maxima durabilidade. O circuito oscilador garante uma estabilidade absoluta na frequência de 9 metros.
- 11.º) **Cabo.** Cabo para bisturi elétrico, alem de outros com seus devidos acessórios, novo modelo tipo revolver oferecendo a grande vantagem de não aquecer mesmo depois de prolongado uso.
- 12.º) **Alta Cirurgia.** Pela primeira vez, foi conseguido com segurança, efetuar qualquer espécie de cirurgia, seja: bisturi, coagulação ou extração com Ondas Ultra Curtas por meio deste sistema oscilatório e dispositivos especiais.
- 13.º) **Bisturi e Coagulação.** Uma série de 16 eletródios especiais para intervenções quer em cavidades, quer em superfícies, com o respectivo estojo e um cabo extensor.
- 14.º) **Acabamento.** O aparelho é de construção sólida e metálica de linhas modérrimas, pintado a duco, rodas de borracha oculas, escudo cromado com vidros leitosos. Possue alças cromadas que além de facilitarem seus movimentos, embeleza-o sobremaneira, fazendo realçar a sua estética.
- 15.º) **Uso da Voltagem.** O aparelho é construído para funcionar com corrente alternada de 110 ou 220 volts, bastando para modificar a voltagem que se desejar, inverter unicamente um terminal, localizado na parte inferior interna do aparelho.
- 16.º) **Proteção e Durabilidade.** Para maior proteção e durabilidade das válvulas, os filamentos das mesmas são ligados préviamente, e depois dos mesmos convenientemente aquecidos é ligada então a alta voltagem pelo Relógio de Tempo (ver § 1.º e § 4.º). Este processo evita danificar as válvulas.

seguintes dados levados em conta: inicio da molestia, forma clínica, temperatura na hora da colheita e na tarde anterior e estado geral. Foi colhido sangue de 12 doentes apresentando a fase de invasão bolhosa, sem estar todo o tegumento cutâneo atingido, sendo as hemoculturas negativas. O caso de dermatite de Duhring tinha doença há 2 meses, com estado geral mau. Os estreptococos foram isolados de doentes com 3 meses a 10 anos de doença.

O estado geral dos doentes em que se isolaram estreptococcus hemolíticos era mau ou péssimo; sempre com a forma generalizada da dermatose; 2 faleceram (obs. 264 e 422); no doente da obs. 264 os estreptococcus hemolíticos e virulentos foram recuperados do sangue do coração, derrame do pericardio, figado e baço. Os estreptococcus do grupo inerte foram isolados de 1 caso de forma frusta, localizada, com estado geral mau, que faleceu (obs. 439). Com exceção do caso de forma frusta, todos os doentes positivos para estreptococcus, estavam em fase febril, alguns acima de 39°. Os termogramas apresentados são muito demonstrativos. Parece haver nítida relação entre a capacidade hemolítica e a virulência dos estreptococos com a forma clínica, o estado geral, e o quadro térmico. Acredita que a percentagem de positividade de hemoculturas para

estreptococos aumentaria se os casos fossem selecionados, colhendo o sangue durante os surtos febris acensionais e elevados. Os doentes em homocultura positiva para estafilococos estavam doentes de pênfigo foliaceo, forma generalizada, de 9 meses a 4½ anos; a curva térmica não ia além de 38°; 2 doentes apresentavam estado geral regular; os outros dois tinham estado geral mau, sendo de 1 deles isolada a raça de estafilococo hemolítico e a hemocultura somente foi considerada positiva para estafilococos depois de ser confirmada uma ou mais vezes. São exibidas fotografias dos doentes com hemocultura positiva, um resumo clínico sobre o caso. Nesta comunicação o autor fez apenas uma exposição de resultados, não discutindo as relações no ponto de vista bacteriológico, entre os gérmenes isolados e o pênfigo foliaceo, o que constituirá assunto para outro trabalho, principalmente no sector imunológico.

Comentários: O prof. Mário Artom, teceu considerações sobre a etiologia do pênfigo foliaceo e do pênfigo vegetante, achando muito interessante as conclusões do autor, principalmente no que diz respeito ao estreptococo.

Em seguida o sr. presidente agradeceu a valiosa contribuição do colega, pedindo-lhe que continue trazendo à Casa novos trabalhos sobre a especialidade.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE MARÇO

Presidente: DR. JOSÉ DOS SANTOS ABREU

A incidencia da tuberculose na 1.ª infancia — DR. JOSÉ MAURICIO CORRÉA E DR. ESPÍRITO SANTO — Os AA. trouxeram à Casa, observações de casos clínicos que passaram por suas mãos no Hospital da Cruz Vermelha. Resaltam o primeiro caso observado, que foi examinado por vários pediatras de São Paulo: tratava-se de uma criança, com febre contínua, durante 3 a 4 meses, em que todos os exames foram

feitos, inclusive a pesquisa do b de Koch, foram negativos.

A seguir, apresentam mais quatro casos de tuberculose, todos documentados com exames de laboratório e radiográficos.

Comentários: Dr. Pedro Badra: Referindo-se ao primeiro caso observado, perguntou se não havia a presença de gânglios linfáticos. A presença dos gânglios, com aumento do hilo pulmonar, como

mostra a radiografia, lembra a possibilidade de se tratar de um caso de linfogranuloma maligno ou molestia de Paltaufg-Sternberg.

Dr. José dos Santos Abreu: Como presidente, agradeceu a apresentação do trabalho, que considerou de grande interesse. Teve ocasião de examinar o primeiro caso apresentado pelos AA. relatando à Casa, as suas impressões sobre o mesmo.

sentação do trabalho, que considerou de grande interesse. Teve ocasião de examinar o primeiro caso apresentado pelos AA. relatando à Casa, as suas impressões sobre o mesmo.

SECÇÃO DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA E CIRURGIA PLÁSTICA EM 17 DE FEVEREIRO

Presidente: DR. GABRIEL PORTO

Na etapa atual do tratamento da surdez — Dr. J. REZENDE BARBOZA — O A. abordou, de uma maneira resumida, o problema da profilaxia da surdez. Considerou, principalmente, as surdezess que se instalaram na puberdade e mesmo mais tarde, de uma maneira progressiva, surdezess, essas consequentes ao crescimento exagerado do complexo mesenquimal naso-faringo-tubário. Tratou, nesse capítulo, da questão das irradiações após a terapêutica cirúrgica.

Finalmente, considerou o A. a questão da síndrome de Menière, principalmente no que diz respeito ao tratamento dietético, segundo Mygind, Dederding e Furstenberg.

Comentários: Dr. Francisco Hartung: Felicitou o A. pela interessante palestra; assinalando que o A. abordou com muito acerto a recidiva da molestia e também na retificação dos fócos o A. expôz o assunto com verdadeira maestria, chamando nossa atenção para os resultados obtidos em relação às infecções observadas.

Terminando, citou um caso dum a criança observado juntamente com o dr. Cotrim, cujos resultados, depois de feito o tratamento foram sensíveis.

Posteriormente, verificou-se que essa criança apresentava puz no conduto, então propôz a operação, não chegando a realizá-la, porque veio a falecer.

Dr. Angelo Mazza: O A. estudou, com a proficiencia que lhe é peculiar, o complexo problema da surdez sob duas modalidades: a surdez de recepção (síndrome de Menière) e surdez de condução (recidiva do tecido linfoadenoide peritubário nas crianças).

Quanto ao 1.º tipo de surdez, isto é, tipo percepção, o dr. Mazza lembrou, embora não constitua novidade para o conferencista, o tratamento anti-alérgico de um modo geral, e, sobretudo, pela histamina, tão em moda hoje.

Quanto ao 2.º tipo de surdez o A. citou experiências exaustivas de Crowe. Este autor responsabiliza o Cavum na gênese desta surdez.

SECÇÃO DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA E CIRURGIA PLÁSTICA, EM 17 DE MARÇO

Presidente: DR. GABRIEL PORTO

Abcessos do retro-faringe — Dr. GUEDES DE MELO F.º — Acentuando a raridade dos adenoflegmões retro-faringeos, o A. relata os cinco únicos casos verificados no Serviço de Otto-Rino-Laringologia do Instituto Penido Burnier, de Campinas, num total de 70)

de 36.800 fichas, o que dá a percentagem de pouco mais de 1 para 7.000 doentes.

Fez uma revisão do assunto, de tendo-se no estudo anatômico e diagnóstico. Neste último particular, referiu a interessante contribuição trazida pela radiografia

de perfil do pescoço e exibe a respectiva documentação dos 4 últimos casos observados.

Comentários: Dr. Rubens Porto: Pediu a palavra apenas para felicitar, não só o A. pelo seu magnífico trabalho, como a Casa, que teve oportunidade de apreciar tão brilhante comunicação.

Dr. Francisco Hartung: Comentou favoravelmente o trabalho do A., para depois fazer algumas considerações comparativas entre as nossas estatísticas e as estatísticas americanas, sobre o mesmo assunto.

Dr. Paulo Sais: Citou os casos que teve ocasião de observar na sua clínica, de há 17 anos, que comparativamente às estatísticas apresentadas, pareceriam em número muito grande, o que entretanto é justificável, devido ao fato de trabalhar geralmente em linhas infantis, que fornecem o maior coeficiente da afecção. Especifica, a seguir, a conduta que seguiu, em alguns dos casos tratados.

Dr. Rezende Barboza: Cumprimentou o A. pelo seu trabalho, completo, no assunto, dizendo que ele veio abordar, com a apresentação dos seus casos, um ponto discutível da anatomia, sobre a existência ou não, de certos gânglios da região. Fez, então, algumas considerações de ordem anatômica.

Dr. Mário Ottoni de Rezende: Fez também elogios ao trabalho do A.: considera a questão dos gânglios, abordados pelo dr. Rezende Barboza, e disse, por fim, que na sua estatística, pelo contrário, não tem observado a afecção, predominantemente na infância, mas sim em adultos; citou, também, um caso que teve conjuntamente com o dr. Lindenbergs.

Dr. Roberto Oliva: Citou alguns casos interessantes que teve ocasião de observar, cuja etiologia não ficou bem determinada, mas que presumiu tratar-se de natureza diftérica.

Dr. Gabriel Porto: Chamou a atenção para a questão do diag-

gnóstico clínico, e da dificuldade que geralmente existe, o que entretanto não tem razão de ser, porque a sintomatologia é mais ou menos clássica, principalmente depois da comprovação radiológica. Considerou o trabalho do A., de grande valor.

Dr. Guedes de Melo: Agradeceu a todos os comentários e às referências elogiosas feitas pelos colegas. Referiu-se à questão das estatísticas, citadas pelo dr. Francisco Hartung, dizendo que também lhe havia chamado a atenção. Considerou ainda que se o diagnóstico clínico não for feito, deve-se recorrer ao raio X. Fez ainda largas considerações, referentes aos comentários dos presentes, principalmente aos casos do dr. Roberto Oliva, cuja natureza diftérica, considerou muito possível.

Concussão coclear rara — DR. REZENDE BARBOZA — O A. apresentou um interessante e raro caso de traumatismo coclear produzido por choque sobre o pavilhão auricular. Após a observação detalhada do caso, controlada com curva audiometria o A. teceu comentários sobre o provável mecanismo patogênico da comoção do labirinto anterior.

Comentários: Dr. Roberto Oliva: Considerou muito interessante o trabalho do A., admirando-se mesmo do resultado obtido pelo tratamento, que segundo sua opinião, pouca causa influiria na melhora, no caso apresentado. Referiu-se a alguns sintomas que poderiam ser causados por uma irritação meningea.

Dr. Mário Ottoni de Rezende: Fez algumas considerações sobre a ação da terapêutica empregada pelo A. pensando justamente o contrário do dr. Roberto Oliva, que acha que o tratamento não teve influência na evolução do caso; a seu ver, a terapêutica seguida teve um papel importantíssimo, na evolução.

Dr. Rezende Barboza: Ao responder os comentários dos presentes, agradeceu a atenção dis-

pensada ao trabalho, achando que a terapêutica teve influência grande na evolução do caso, e respondendo particularmente ao dr. Roberto Oliva, disse não ter encontrado absolutamente sinais de irritação meningea.

Diagnóstico rápido da difteria pelo método de Manzulo

— DR. SILVIO MARONE — O A., depois de rápido estudo sobre a necessidade de se saber, no momento do exame, se se trata ou não de difteria, analisa os vários processos que dão um resultado dentro de pouco tempo. Deteve-se no método de Manzulo que analizou e que praticou no Hospital do Isolamento e em vários serviços de Oto-rino-laringologia, que frequenta.

Experimentou esse método em 60 doentes, sempre em cotejo com outros exames bacteriológicos e com o exame clínico e obteve os seguintes resultados :

54 casos de coincidência dos resultados do processo de Manzulo, com os outros métodos postos em confronto ; e

6 casos de discordância.

O A., em seguida, analisa os resultados obtidos e termina o seu trabalho concluindo :

1.º) A prova de Manzulo constitue elemento de bastante rapidez e eficiência para o diagnóstico da difteria "in vivo" e "in vitro" ;

2.º) O seu emprego, como complemento das provas usuais bacteriológicas, não oferece vantagens, pois os casos em que ele é positivo, sendo as provas bacteriológicas negativas, não podem ser tomados em consideração, uma vez que não apresenta elemento que aumenta a

especificidade da reação. O seu uso, entretanto, se justifica somente em casos em que se deseja um diagnóstico rápido :

3.º) O seu emprego, como substitutivo das provas bacteriológicas quando estas não podem ser realizadas, é indicado não só pela simplicidade da prova, que permite sempre a sua realização, como pelas altas percentagens de concordância dos seus resultados com os de outras provas.

Comentários : Dr. Monteiro Salles : Considerou muito interessante o trabalho do A. principalmente por ser a primeira comunicação, no Brasil, sobre o método de Manzulo. Conhecedor do método ha muito tempo, procurou aplicá-lo no Instituto Penido Bünner, de Campinas, onde exerce as suas atividades e fazê-lo com toda a técnica aconselhada pelo seu criador. O verdadeiro processo, entretanto, é muito complexo, como teve oportunidade de verificar e aprender com o próprio Manzulo, por ocasião de uma viagem que fez à Argentina ; teceu varias considerações de ordem técnica, explicando pormenorizadamente o verdadeiro método, impossível de se aplicar entre nós, pela dificuldade de obtenção do material necessário ; considera o método apresentado pelo autor da comunicação, como uma variante do verdadeiro método de Manzulo, não deixando, entretanto, de ter bastante valor, no que se refere ao diagnóstico rápido da difteria.

Dr. Marone : Respondendo, agradeceu ao comentário, fazendo mais algumas considerações de ordem técnica.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE MARÇO

Presidente : DR. PAULO DE ALMEIDA TOLEDO

Estudo clínico e anatomo-patológico de 3 casos de moléstia de Hodgkin — DRS. ARIOLDO DE CARVALHO, ANTONIO BRANDI, LUIZ AYRES E DDA. SAVOIA SMANIC — Os AA. fizeram um estudo clínico e anatomo-pa-

72)

tológico de 3 casos de doença de Hodgkin que observaram, mais ou menos, ao mesmo tempo. Iniciaram fazendo rapidamente um apanhado geral da doença, de acordo com os conhecimentos mais modernos, considerando a idade,

DOLANTINA

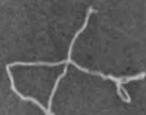
Moderno e potente
agente terapêutico
Dol. 0,01% e 0,02%



ESPASMOLÍTICO E ANALGÉSICO
(PARA APPLICAÇÃO POR VIA ORAL E PARENTERAL)

Prontosil

album



Padrão dos pro-
tos sulfonamídicos

Quimio-
terapêutico
incolor

0,5 de p-amino-
fenil-sulfonamido



sexo, raça, etiologia e principal mente os sistemas, sobre os quais se detiveram. Estudaram, em seguida, o quadro sanguíneo, a radiologia, o diagnóstico, a evolução e o tratamento pela radioterapia profunda. Passando propriamente à apresentação dos casos focalizaram os dois primeiros, de meninos de 12 e 14 anos, que permaneceram ao mesmo tempo, na mesma enfermaria, e cujo diagnóstico foi feito sem o auxílio da biópsia do gânglio. O quadro febril era inteiramente anormal, mas os demais sintomas e sinais orientaram o diagnóstico que foi confirmado pela autópsia. O 3.º caso evoluiu de uma maneira bem característica, e o diagnóstico foi feito em vida pela biópsia do gânglio. Finalmente apresentaram o estudo anátomo-patológico dos casos apresentados. Projetam diversos diagnósticos de gânglios, fígado e do baço, onde se notam as lesões características da doença de Hodgkin.

Finalizam com ligeiras considerações sobre os quadros clínicos apresentados pelos doentes, cujo contraste é patente, em relação à uniformidade das lesões anátomo-patológicas.

Comentários: Dr. Ruy Faria: Teceu considerações elogiosas, em torno do trabalho dos AA., lamentando que o tempo de sobrevida, dos portadores do mal, seja tão pequeno, mau grado todo o tratamento. Citou alguns casos que teve ocasião de observar, nos quais, além da radioterapia, foram empregadas transfusões de sangue repetidas, as quais pareceram ter proporcionado grandes melhorias, não deixando entretanto, de mais cedo ou mais tarde, a molestia evoluir para o óbito letal. Em seguida inquiriu os AA. sobre algumas questões do tratamento empregado.

Dr. Barros Magaldi: Citou um caso interessante de mal de Hodgkin, que teve ocasião de observar e publicar, e que esteve internado na enfermaria do prof. Almeida Prado; este caso foi tanto mais interessante, porque no quadro do mal de Hodgkin, se associou o de

diabete insípido. Frisou a seguir, a necessidade de se fazer a biópsia para completar o diagnóstico que clinicamente apenas, não considera possível fazer.

Dr. Paulo Toledo: Fez notar, que o mal de Hodgkin, sendo uma adenopatia tumoral febril, se caracteriza pela atipia dos sintomas clínicos, que dependem mais, como certas outras molestias, da região atingida, do que propriamente da etiologia do mal. Considerou interessante o caso apresentado pelo dr. Magaldi, cujo diagnóstico radiológico, foi de crânio-faringioma. A seguir, justificou o seu diagnóstico radiológico, de linfogranulomatose maligna de forma torácica, feito em um dos casos apresentados.

Dr. Ariovaldo de Carvalho, respondendo: Fez considerações, em torno do prognóstico da molestia, que, infelizmente é sombrio, citando, entretanto, um caso raríssimo, de uma sobrevida de 26 anos. Falando da terapêutica empregada, atribui o fato de sua pouca influência na evolução da molestia, ao adiantamento da mesma, nos casos observados. Agradece as referências elogiosas feitas ao trabalho.

Pressão venosa. Considerações sobre sua determinação e seu valor clínico — DR. HORACIO KNEESE DE MELO, ITALO DOMINGOS LE VOCI E PAULO DE VILHENA MORAIS — Os AA. apresentaram um trabalho baseado no estudo de 90 doentes, com um total de 129 determinações da pressão venosa. Tais determinações foram feitas pelo método direto, com aparelho de Villaret-Sainy-Girones e Justin Besançon.

Comparando os valores da pressão venosa e os sinais clínicos de assistolia direita, concluem que o melhor sinal indicador de hipertensão venosa é a estase jugular, embora seu valor seja relativo, pois foi verificada em apenas 72% dos casos, e além disso, foi encontrada em casos com pressão venosa normal. O aumento do fígado num cardíaco não indica hipertensão venosa, pois a incidência, foi

igual, tanto naqueles em que a pressão venosa estava aumentada, como naqueles em que a mesma se apresentou normal. Foi verificado edema em 81% dos casos em que havia aumento da pressão venosa, mas também em 63% daqueles que tinham pressão normal. O derrame pleural foi duas vezes frequente entre os que tinham aumento da pressão venosa. Os AA. chamam a atenção para este fato por seu valor no diagnóstico diferencial entre a ascite de origem cardíaca e aquela produzida por outras causas, como a cirrose hepática, em que a pressão venosa se apresenta normal.

Dividindo os casos em três grupos, verificaram os AA. que nos de estenose mitral de que os valores da pressão venosa forma maiores, seguindo-se os de miocardite, e os de insuficiência aórtica. Em seguida foi mostrada a evolução da P. V. durante o tratamento, tendo sido verificado que há uma queda rápida, em geral, sendo esse um modo positivo de se acompanhar os resultados obtidos com a terapêutica.

Entre os pacientes não cardíacos os AA. só verificaram aumento da pressão venosa quando havia insuficiência cardíaca ou fenômenos de compressão, o que vem novamente demonstrar o valor da determinação da pressão venosa quando havia insuficiência cardíaca ou fenômenos de compressão, o que vem novamente demonstrar o valor da determinação da pressão venosa em diagnóstico diferencial.

Comentários: Dr. José Barros Magaldi: Comentou favoravelmente a comunicação dos AA., ressaltando a importância da contribuição dos mesmos, para resolver certos problemas da clínica. O valor do trabalho é ressaltado, por ser ele o resultado de pesquisas pessoais. Além das vantagens citadas pelos AA., cita mais aquela da diferença de comportamento da oscilação da pressão venosa, com o exercício, no caso de o indivíduo ter uma obs-

trução da sub-clávia, ou não. Quando existe essa obstrução, pelo exercício a pressão sobe bruscamente, para baixar lentamente; no indivíduo normal, isso não acontece; a queda da pressão venosa é mais rápida, e a subida não é tão brusca.

Dr. Rubens Maciel: Considerou de muito valor o trabalho dos AA., fazendo considerações sobre uma manobra indicada pelos mesmos, durante a determinação da pressão venosa e a seguir encarou o problema dessa pressão venosa nos casos de glomerulo nefrite.

Dr. Paulo de Almeida Toledo: O trabalho dos AA., um excelente método semiótico, segundo sua opinião. Fez também considerações em torno do valor da determinação da pressão venosa, nos casos de insuficiência tricuspid.

Respondendo, os AA. agradeceram as palavras elogiosas dispensadas ao trabalho. Estão plenamente de acordo com o dr. Magaldi, quando este fala de mais uma das vantagens da determinação da pressão venosa. Terminaram, dando mais algumas explicações de ordem técnica.

Ataxia aguda polinevrítica — PROF. JAIRO RAMOS e DR. LUIZ CARLOS FONSECA — Os AA. justificaram a presente comunicação visto a forma atáxica aguda da polinevrite ser eventualidade assaz excepcional.

Apresentaram um resumo das duas observações ricas em sinais semiológicos e muito típicas e nas quais se esgotaram os meios propedêuticos anamnésicos, físicos e de laboratório, afim de enriquecer as observações e confirmar o diagnóstico. Em seguida, teceram os AA. considerações gerais sobre a molestia: frequência, sintomatologia, etiologia, incidência, fenômenos atáxicos, sensibilidade, reflexos, dores à pressão, forga e tonus musculares, funções genitais. Ressaltaram a importância dos exames da sensibilidade, líquorico, do fundo do olho e do exame elétrico para o diagnóstico diferencial. Finalmente consideraram a terapêutica do caso.

Comentários : Dr. Otavio Lemmi Considerou, no caso citado pelo A. a possível confusão de diagnóstico com ataxia aguda luética, devido a certos sinais, como Wassermann positivo, reflexo a luz, da pupila, preguiçoso, etc.

Prof. Jairo Ramos : Considerou o diagnóstico absolutamente certo. O fato do Wassermann ser positivo no sangue não justifica o diag-

nóstico de ataxia aguda luética, pois que o Wassermann no líquor foi negativo e o quadro clínico é absolutamente aquele da ataxia aguda polinevrítica.

Dr. Luiz Carlos Fonseca : Agrideceu os comentários, fazendo mais algumas considerações no sentido de demonstrar a impossibilidade do diagnóstico de ataxia aguda luética.

SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 24 DE MARÇO

Presidente : Dr. DÉCIO DE QUEIROZ TELLES

Toracoplastia associada a pneumotorax extra-pleural — Dr. FLEURY DE OLIVEIRA — Considerou inicialmente, os defeitos da toracoplastia e do pneumotorax extra pleural, dizendo que o mais grave defeito da toracoplastia, é talvez a necessidade da realização de um segundo tempo e se se descobrisse um método de tornar mais fácil esse segundo tempo, haveria grande vantagem.

Explica, então, a técnica do seu método, apresentando alguns casos, e expondo os bons resultados obtidos. Documentou a sua comunicação, com a exposição de radiografias.

Comentários : Dr. Doria : Considerou interessante a comunicação, porque toda a tentativa no sentido de evitar o 2.º tempo da operação de Semb, deve ser levada em consideração; e isso porque o 2.º tempo deve ser realizado num tempo relativamente curto, 15 a 20 dias no máximo, para que se obtenham bons resultados, e muitos doentes não suportam esse 2.º tempo, senão depois desses dias, com risco de um choque operatório. A grande vantagem do pneumotorax extrapleural, pois, é a não incidência do choque. Entretanto, em 100 casos de pneumotorax extra, constatou 9 perfurações, ao passo que na toracoplastia de Semb, nunca constatou essa perfuração.

Dr. Fanganiello : Deseja saber se com a nova técnica, o A. evita o 2.º tempo da toracoplastia.

Dr. Fleury, respondendo : Considerou mais algumas questões técnicas, dizendo que, mesmo que não se evite o 2.º tempo da operação de Semb, este será feito em muito melhores condições.

Importância da localização das cavernas tuberculosas — Drs. DÉCIO DE QUEIROZ TELLES e JOAQUIM GOMES DOS REIS — Os AA. inicialmente, historiam, rapidamente, o conceito de localização predominante das lesões tuberculosas pulmonares, dizendo que no tempo de Lenne, já tinham os pesquisadores a noção de que as lesões se localizavam predominantemente na parte alta do segmento superior e que com o advento da era radiográfica as observações foram mais eficientes, podendo-se verificar, que as lesões se localizam com mais frequência, não no ápice, mas na região infra-clavicular, a 2 ou 3 centímetros abaixo da clavícula.

De acordo com as estatísticas americanas, 86% das vezes, as cavernas se localizam no lobo superior e apenas 14% se localizam no lobo inferior.

A seguir, os AA. descrevem os métodos colapsoterápicos usados, salientando a importância da escolha, conforme a localização das cavidades, se superior, ou inferior; consideraram a frenicectomia, um bom método, nos casos de localização inferior.

A comunicação foi abundantemente documentada com chapas radiográficas.

Comentários: Dr. Amorim: Além da localização das cavernas, considerou de interesse, para a boa orientação terapêutica, o conteúdo gásporo do interior das cavernas, conforme se conseguiu demonstrar com a aspiração intra-cavitária de Monaldi.

Dr. Grieco: Trabalhando no Hospital Jacaná, há muito tempo, desde 1935, combate a frenicectomia. Conforme estatísticas, feitas com o dr. Fleury, em cerca de 200 casos, os resultados da frenicectomia absolutamente não corresponderam, quer se tratassem de lesões altas, quer baixas.

Dr. Fleury: Fez considerações gerais sobre a colapsoterapia, dizendo que a mesma deve ser encarada sobre um outro ponto de vista, além da sua ação mecânica de retração do tecido pulmonar, possibilitando a cura; trata-se da sua ação sobre o bronquio apical, facilitando o seu fechamento, o que tem ação decisiva sobre a cura do processo.

Dr. Otavio Nébias: Concordou com a estatística achada pelos AA. da preferência da localização posterior e alta.

Dr. Doria: Concordou também com a maior parte da localização na parte posterior e superior. Falando do método colapsoterápico, acha que o pneumotorax pode fazer curar uma lesão inferior.

Dr. Moacir Amorim: Fez considerações de ordem anátomo-patológica, citando a possibilidade, aliás não muito rara, da localização de cavernas nas margens anteriores do pulmão.

Dr. João Baptista Soares: Comentou favoravelmente o trabalho dos AA., mostrando-se partidário do pneumotorax, a ser tentado em primeiro lugar.

Dr. Décio de Queiroz Teles: Como um dos AA. do trabalho, respondeu a algumas das questões aventadas. Não condena nenhum dos métodos, mas aplica cada um deles, conforme a localização das lesões; tem obtido bons resultados com a frenicecto-

mia nas lesões baixas; essas lesões se beneficiam muito mais com esse processo do que com o pneumotorax. Considerou fóra de dúvida, a questão da influência do fechamento do bronquio de drenagem.

Dr. Joaquim Gomes dos Reis: Limitou-se a considerar mais algumas questões técnicas, uma vez que o dr. Décio já respondeu às objeções levantadas.

Opacificação pleural — Dr. Otavio Nébias — O A. apresentou um caso interessante de opacificação pleural, num caso em que havia sido feita a frenicectomia; houve a deposição de uma concreção de calcio; uma verdadeira calcificação da pleura.

A seguir, fala sobre a incidência e a etiologia desses casos, dando algumas estatísticas estrangeiras.

Comentários: Dr. Brandi: Citou um caso semelhante, perguntando ao dr. Amorim, se há alguma intervenção da fosfatase, nesse processo de depósito de calcio na pleura.

Dr. Amorim: Confessa não ter experiência sobre a questão química ou físico-química da deposição de calcio na pleura, motivo porque deixa de responder à pergunta do dr. Brandi.

Dr. Décio de Queiroz Teles: Citou um caso semelhante, que teve ocasião de observar, por ocasião de uma autópsia.

Dr. Otavio Nébias, respondendo: Fez ainda considerações sobre o caso, relatando principalmente a dificuldade do diagnóstico de calcificação pleural, em vida. Esse diagnóstico era feito principalmente pela autópsia.

Antes de se encerrar a reunião, foram designados os drs. Fleury, Gomes dos Reis e Gabriel Borba, para representar a Secção nas solenidades comemorativas do jubileu profissional do Prof. Almeida Prado, a se realizarem na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

SECÇÃO DE UROLOGIA, EM 25 DE MARÇO

Presidente: DR. JARBAS BARBOSA DE BARROS

Tratamento da epididimite pela injeção de novocaina no cordão — DR. DARCÍ VILELA ITIBERÉ E GERALDO DE CAMPOS FREIRE — Iniciam os AA. dizendo que o seu trabalho é o fruto de resultados obtidos no tratamento das epididimites gonocócicas, pela infiltração, em associados da Caixa de Pensões da Light.

A seguir, fazem um resumo histórico dos trabalhos aparecidos até então, dessa molestia, citando os AA. que primeiro fizeram o tratamento da epididimite gonocócica pela infiltração de novocaina, obtendo ótimos resultados com essa medida.

Continuando na exposição os AA. apresentam as observações de casos tratados com esse método terapêutico, enumerando as principais particularidades. Assim, num dos pacientes, foi feita a infiltração de 5 cc. de novocaina no cordão espermático, verificando-se em poucos dias a diminuição dos fenômenos inflamatórios. Num segundo caso, paciente portador de uma prostato-vesiculite, apresentando ligeiro edema, a infiltração de novocaina, possibilitou ao doente, continuar com o seu trabalho. Em todas outras observações numerosas, ainda citadas, verificou-se a diminuição dos fenômenos dolorosos e também o desaparecimento dos processos inflamatórios.

Os A. A. recordam ainda alguns pontos de ordem anatômica e anátomo-patológica, terminando por focalizar a importância dessa infiltração e dos bons resultados que trazem alívio imediato, possibilidade de cura rápida e evitam formação de esclerose.

Comentários: Dr. Ataide Pereira: Achou interessante o trabalho dos AA., notando, entretanto, que os mesmos não descreveram a técnica do método de infiltração, nos seus detalhes, como a quan-

tidade a injetar em cada caso, lugar da injeção.

A sua opinião é que a 1.ª infiltração deve ser feita no cordão, abaixo da fibrose e que só uma infiltração não deve ser considerada como método de tratamento absoluto.

Citou um caso de sua clínica particular, de uma orquite aguda, no qual obteve bons resultados, em 6 dias, com o processo de bloqueio pela novocaina. Pensa que os bloqueios devem ser acompanhados de tratamento por ondas curtas, como o faz nos seus casos.

Dr. Nestor Moura: Inquiriu os AA. sobre a percentagem da novocaina usada e se por ventura adicionou adrenalina à solução. Perguntou também se, por acaso, alguns dos tratados era portador de cálculos.

Dr. Claudio Erminio: Disse que teve ocasião de empregar esse método, uma vez somente, em um paciente com 7 dias de molestia. Fez a introdução de 8 cc. de novocaina a 1%. Fez somente uma aplicação, concluindo o tratamento com aplicação de ondas curtas. Pensa que o método deve ser empregado nos 1.os dias da manifestação da molestia, e não acha uma explicação para a regressão dos fenômenos inflamatórios.

Dr. Geraldo de Campos Freire: Respondendo ao dr. Ataide, em 1.º lugar, referiu que a quantidade empregada foi sempre de 5 cc. e que a repetição ou não, depende da evolução do caso.

Respondendo ao dr. Nestor Moura, disse que a solução de novocaina era a 1%, não associando a adrenalina. Agradeceu também o comentário do dr. Claudio Erminio.

Cálculo de cistina — DR. GERALDO VICENTE DE AZEVEDO — O A. iniciou a comunicação, dizendo que os casos publicados até hoje não excedem ao n.º de 200, dizendo ainda que a cistinúria é

uma afecção familiar, que muito tem escapado aos pesquisadores.

A seguir passou a fazer considerações sobre a cistina, e a forma como se encontra no organismo, dizendo que a cistina não é um corpo inutil ao organismo, mas a ela são atribuídas varias propriedades.

Considerou o quadro clínico da molestia, e disse em seguida, que a cistina é eliminada na urina pela forma de cristais e em relação à quantidade, esta pode atingir de 300 a 400 mgrs. em 100 cc. de líquido.

Apresentou o caso clínico observado, de um indivíduo do sexo masculino, que se queixava de côlicas renais; a radiografia do paciente, indica um cálculo triangular no lado direito. Este paciente, depois de operado, teve uma infecção do lado em que se fez a intervenção; essa perinefrite, entretanto, teve uma evolução retrograda, e a urina tornou-se purulenta. A evolução da molestia foi longa. Um exame de urina, feito dois anos depois, revelou muitos cristais de oxalato de cálcio e numerosos cristais de cistina.

Para terminar o A. considerou a questão do tratamento dessa molestia; o único que tem sido prático é o da alcalinização da urina, que dissolve os cristais de cistina.

SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA, EM 28 DE MARÇO

Presidente : DR. CARMELO REINA

Estenoses do colo do útero —
DR. JOSÉ GALICI — O A., inicialmente, considerou vários dados referentes ao colo do útero, quer de ordem anatômica, histológica e fisiológica, quer de ordem patológica, citando as diferenças existentes conforme se tratam de nárias ou multiparas, conforme a opinião de vários autores.

Em seguida, repassando a bibliografia, citou os casos de estenose do colo do útero, existentes entre nós, repassando as causas mais comuns, suspeitivas de determinar tal afecção, como o câncer, a hipoplasia, atrofia fisiológica da menopausa, etc.

80)

Comentários : Dr. Eduardo de Souza Aranha : Inquire o A. sobre si foi feita radiografia contratada no post-operatorio, pois os cálculos de cistina muitas vezes não se revelam numa chapa simples e consequentemente este método radiográfico é insuficiente para afastar a hipótese de recidiva.

O A. respondeu agradecendo o comentário, e dizendo que não se sabe bem porque o cálculo de cistina é transparente ou opaco.

Sulfatiazol no tratamento da gonorréia — DR. GERALDO DE CAMPOS FREIRE — Iniciando a comunicação o A. diz, desejável trazer à Casa as primeiras observações feitas em nosso meio com o Sulfatiazol, que tem larga aplicação nos Estados Unidos, no que se refere às stafilococias.

Depois de fazer um rápido histórico das descobertas, que serviram de ponto de partida para se chegar à essa substância, o A. entra em considerações acerca de 2 produtos largamente conhecidos no nosso meio, o Dagenan e o Albucid.

Passa a descrever então as propriedades do Sulfatiazol, e os resultados obtidos pela sua aplicação, chegando à conclusão de que é uma substância tão ativa como o Dagenan e menos tóxica.

Referiu-se também à sintomatologia, cujo dado principal é o corrimento purulento, sem causa aparente, predominantemente em menopausadas.

O A. terminou a comunicação, considerando o tratamento e citando os seus casos, todos muito bem documentados.

Comentários : Dr. Walter Souza Rudge : Teceu considerações eloquentes em torno do trabalho do A., pois a explicação que ela deu sobre a formação das estenoses é muito clara e veio mesmo sanar alguma dúvida que porventura ainda houvesse sobre o assunto.

Fez ainda algumas considerações sobre a possibilidade de se fazer a profilaxia das estenoses.

Dr. Augusto Matuck: Citou um caso de estenose do colo do útero de uma senhora, grávida, cuja gravidez foi a termo, e na qual, durante a expulsão, houve ruptura do colo.

Dr. Carmelo Reina: Citou também dois casos interessantes de estenose do colo uterino.

Achou que a dilatação cruenta do colo do útero, como foi feita em um dos casos citados de aglutinação do colo desnecessária, pois pensa que na maioria dos casos,

como já observou, não há necessidade dessa intervenção energica, tudo se resolvendo pela dilatação digital.

Dr. Hercílio Marroco: Citou um caso de prenhez em que havia rigidez do colo: depois de trabalho demorado, não tendo se processado a insinuação, houve necessidade de fazer a incisão bilateral.

Dr. José Galuci, respondendo: Agradeceu a todos os comentários feitos em torno do trabalho, considerando mais alguns pontos sobre a estrutura das camadas do colo do útero.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo

SESSÃO DE 2 DE SETEMBRO

Presidente: PROF. FLAMINIO FAVERO

Honorarios médicos e segredo profissional — DR. ADERSON PERDIGÃO VIEIRA — O autor estuda cuidadosamente as condições do relatório médico: o valor social do segredo: o valor do consenti-

mento do confidente na revelação; o modo por que deve ser feito o arbitramento e a importância que este pode ter.

A interessante tese foi muito apreciada pelos presentes.

Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição de São Paulo

SESSÃO DE 1 DE AGOSTO

Presidente: DR. LEVY A. SODRÉ

dioquinha, a batata doce. Foram feitas várias projeções elucidativas.

Importância do exame coprológico nas afecções dos intestinos e vias biliares — DRs. JOÃO FERREIRA E LEVANT PIRES FERRAZ — Os AA. apresentaram o seu trabalho baseando-se em vários casos clínicos.

Causas da ulcera do estomago e duodeno — PROF. EDMUNDO VASCONCELOS — Após demonstrar os pontos fracos nas várias teorias

Complexo vitamínico B2 em alguns alimentos brasileiros — (ação sobre o apetite) — PROF. F. DE MOURA CAMPOS — O A. apresentou a síntese de laboriosas pesquisas de laboratório sobre ação protetora dos epitelios, incrementadora do apetite e protetora do cristalino, da vitamina B2. Suas experiências foram feitas com ratos. Além disso determinou o prof. Moura Campos a riqueza vitamínica em B2 de vários alimentos nacionais sobressaindo por seu elevado teor o cará, a mandioca, man-

explicativas dessa afecção, o prof. Vasconcelos emitiu a opinião de ser a úlcera uma afecção generalizada com localização preferencial em determinado tipo de tecido, determinada por um fator carente ou existente em uma dada dieta. Esta asserção apoia-se em expe-

riencias feitas em cães, alimentados com carne parcialmente cozida. Nessas condições foi possível determinar o aparecimento da úlcera com os característicos da lesão humana, observando-se que as lesões se iniciam da profundidade para a periferia.

Sociedade Paulista de Medicina e Higiene Escolar

SESSÃO DE 3 DE AGOSTO

Presidente : DR. ARISTIDES RICARDO

Novos dados relativos à incidência do bocio entre escolares
— DR. ARMANDO DE ARRUDA SAMPAIO — O A. fez considerações sobre o problema do bocio endêmico, procurando focalizá-lo no nosso meio, especialmente em relação ao seu conceito e à sua etio-patogênese. Comunicou ainda que a diretoria do Serviço de Sau-

de Escolar já determinou a realização do tratamento e da profilaxia iodica nos distritos afetados, segundo os métodos clássicos e que as providências visando obter a dosagem do iodo no solo, na água e alimentos das áreas endêmicas já foram tomadas, esperando o autor de breve poder anunciar os resultados a que chegarem as suas pesquisas.

Outras sociedades

Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa, sessão de 28 de agosto, ordem do dia : Dever de tratar — Dr. Hilario Veiga de Carvalho.

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, sessão de 28 de agosto, ordem do dia : Cifose por tétano — Dr. Domingos Define ; Osteosíntese intramedular pelo fio Kirschner — Dr. Antonio E. Longo.

Sociedade Paulista de Leprologia, sessão de 28 de agosto, ordem do dia : Lepra. Molestia de Recklinghausen e sarcoma visceiral generalizado — Dr. Argemiro R. de Souza ; O teste de Mitsuda é reação alérgica ? — Dr. Moacir de Souza Lima.

Sociedade Médica São Lucas, sessão de 8 de agosto, ordem do dia : Radiologia do esôfago —

Dr. J. M. Cabelo Campos ; Megaeofago — Dr. João de Oliveira Matos.

Sessão de 29 de agosto : Radiologia do estômago — Dr. J. M. Cabelo Campos.

Sessão de 5 de setembro : Radiologia do duodeno — Dr. J. M. Cabelo Campos ; Fisiologia genital — Dr. Wolff Neto.

Sessão de 12 de setembro : Distúrbios menstruais — Dr. Domingos Delascio.

Colegio Brasileiro de Urologistas, sessão de 4 de setembro, ordem do dia : A operação de Coffey (maneira I) no tratamento da extrofia da bexiga — Drs. Darcy Vilela Itiberê e Syla O. Matos ; Ectopia dupla dos rins acompanhada de ectopia das capsulas supra-renais — PROF. LUCIANO GUALBERTO.

Modernissimo tratamento da

83)

Epilepsia e Estados demenciais* *Syndromas anciosas** *Schizophrenias** *Darkinson*

SEDARE DOLORUM OPUS DIVITIUM EST



MAGNO-SEDANS
injetável

*Amostras e literaturas à disposição dos Srs. Clínicos*

CAIXA POSTAL, 1874

SÃO PAULO

MAGNO-SEDANS

INJETAVEL

INDUSTRIA
BRASILEIRA

Em MAGNO-SEDANS se acham associados dois iontes de grande importância biológica, o magnésio e o cálcio.

HIPOSULFITO DE MAGNÉSIO — Do magnésio resalta a ação narcótica que se exerce sobre os centros hipnógenos do cérebro médio, como mostrou Yamawaki, e a ação anestesiante dos receptores sensitivos vasculares. Destas ações elementares decorre o seu emprego terapêutico como sedativo cerebral nas psicopatias. Mas, o magnésio, como mostrou Augusto Lumière, tem ação antifloculante sobre os colóides do plasma, daí o seu efeito energético no choque anafilático e nas afecções alérgicas. O MAGNO-SEDANS goza ainda de ação dessensibilizante inespecífica pela fração hiposulfito do seu composto magnesiano.

Estudos mais recentes mostraram que o hiposulfito de magnésio tem ação mais energética sobre as afecções alérgicas, do que o seu congênere de sódio, o que justifica plenamente a preferência que vem gozando ultimamente no tratamento desses estados.

CLORURETO DE CÁLCIO — Da ação farmacológica tão complexa do cálcio resalta o seu efeito de diminuir a reserva alcalina, desviando assim o PH do sangue no sentido acidótico, os de estimular ligeiramente as terminações simpáticas, e finalmente o de diminuir a permeabilidade das membranas celulares e das paredes capilares.

Destes efeitos elementares decorre a ação terapêutica do cálcio sobre os síndromos anciósos, os estados espasmódicos, os síndromos de excitação psico-motora, as afecções de natureza alérgica e o choque anafilático.

INDICAÇÕES

SÍNDROMOS ANCIOSOS: — Nos melancólicos, esquizofrênicos, psicastênicos, delirantes crônicos, hipermotivos, neurastênicos, cnenestopatas, dementes, confusos.

ESTADOS ESPASMÓDICOS: — Nos espasmos esofagianos, gástricos e intestinais, epilepsia, coreia de Sydenham, parquinsonismo post-encefalítico.

SÍNDROMOS DE EXCITAÇÃO PSICO-MOTORA: — Na mania, excitação presenil, melancolias agitadas, etc.

AFECÇÕES ALÉRGICAS: — Nos eczemas, toxicodérmias, urticária, pruridos, doença do sôro, asma, rinites alérgicas.

CHÓQUE ANAFILÁTICO.

MÓDO DE EMPREGO

SEGUIR AS INDICAÇÕES DO MÉDICO.

Injeções intravenosas, praticadas lentamente, no mínimo 2 horas após as refeições. Uso diário, nos casos mais brandos ou já melhorados, em dias alternados.

Nas afecções alérgicas injetar diariamente o conteúdo de uma empôla, porém muito lentamente.

Primeiras injeções 1 a 2 cc., segunda 3 a 4 cc., terceira 6 a 7 cc., quarta 8 a 10 cc., quinta e seguintes 10 cc. (segundo tolerância do doente).

Séries de 10 a 20, 30 ou mais injeções. Geralmente são necessárias 10 a 15 injeções em dias seguidos, podendo-se depois passar a fazê-las em dias alternados.

Com o MAGNO-SEDANS não há o perigo da ação paralizante dos sais de magnésio sobre o centro respiratório em virtude da ação antagonista do cálcio.

CONTRA-INDICAÇÃO: TUBERCULOSE PULMONAR.

PRODUCTOS VIRTUS DO BRASIL LTDA.

Farm. resp.: BRUNO P. PAROLARI

Praça Princesa Izabel N.º 16 — Fone 5-3172 — Caixa Postal 1874

SÃO PAULO

AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DOS SNRS. MÉDICOS!



LITERATURA MEDICA

Livros recebidos

Tratamiento de las fracturas abiertas — WALTHER EHALT, edição espanhola da Editorial Labor, Buenos Aires, 1940.

A conhecida casa editora de Barcelona, que recentemente estabeleceu filial no Rio e em Buenos Aires, está publicando uma série de traduções de livros escritos pela escola vienense de Böhler sobre assuntos de traumatologia. Assim é que além das obras do próprio Böhler — como a "Técnica del tratamiento de las fracturas" e "Tratamiento operatorio de las fracturas y de las seudoartrosis del cuello del fémur y sus resultados", recentemente aparecidas — a Editorial Labor lançou à venda a "Técnica del vendaje inalmohadillado" de Fritz Schnek, a "Traumatología de la mano" de Krömer e agora o livro de Ehalt sobre as fraturas abertas dos ossos longos e seus resultados. Trata-se de uma obra de grande utilidade pela frequência com que ocorrem tais fraturas e pela soma de conhecimentos que ela transmite ao médico prático, baseada na larga experiência de uma das mais famosas clínicas especializadas do Mundo sobre o assunto. O volume contém 96 taboas e 604 figuras num total de 368 páginas de texto. A conduta mais aconselhável para cada caso é apresentada com minucia, de sorte que o livro é um guia seguro para orientação dos que se vêm na contingência de socorrer um portador de fratura exposta dos membros.

Diabetes infantil — PEDRO LANDABURE, El Ateneo (Florida, 340), Buenos Aires, 1941.

A escola nutricionista argentina está de parabéns com o aparecimento de mais este excelente livro. Escudero despertou o interesse pelo estudo das questões da nutrição, dando em resultado

a formação de uma pléiade de especialistas, cujos trabalhos estão aparecendo, para gaudio de quem, com tanto valor, os estimulou. O presente livro é de autoria do prof. Landabure. O A. recorda que o diabete infantil era tratado por especialistas de adulto, das adivindas inconvenientes que estão hoje estudados e plenamente resolvidos. Tendo acompanhado a evolução dos conceitos e da orientação do tratamento do diabete na infância, o A. poude, escudado na sua prática de mais de quinze anos sob seguras diretrizes, traçar as páginas de um livro que realmente espelha os mais modernos conhecimentos da patologia e da terapêutica nesse intrincado campo da pediatria. O seu depoimento pessoal é de alta valia, pois assistiu a todas as complicações que soem ocorrer na evolução da molestia. O livro contém 224 páginas, cerca de metade dedicadas ao tratamento da criança diabética.

Anais da I Conferencia Nacional de Defesa contra a Sífilis — 2 volumes, Imprensa Nacional, Rio, 1941.

Em dois elegantes volumes, com um total de mais de 1.100 páginas, foram reunidos os trabalhos apresentados à I Conferencia Nacional de Defesa contra a sífilis reunida no Rio de Janeiro de 22 a 29 de setembro de 1940. Trata-se de um repositório precioso de valiosas contribuições assinadas por destacados cientistas patrícios. Seria longo enumerar os trabalhos enfeixados nos dois volumes, todos eles relativos aos problemas da sífilis, tendo sido particularmente focalizados aqueles que se referem à molestia do ponto de vista social em nosso país. Parte digna de destaque é a que foi dedicada às discussões havidas a respeito dos assuntos ventilados, de sorte

que o leitor fica inteirado não só das idéias dos autores, mas também da opinião daqueles que compareceram ao certame.

Coramina Ciba — Resultados experimentais; experiências clínicas, Rio, sem data.

A casa Ciba está distribuindo um elegante volume em que estão condensados interessantes conhecimentos sobre a Coramina de sua publicação. Os trabalhos realizados por numerosos pesquisadores e clínicos sobre a ação desse medicamento são relatados com minucia, de maneira a dar uma idéia exata de farmacodinâmica

e do valor terapêutico do produto. Trata-se de um livro de utilidade para o clínico, onde estão claramente indicadas as numerosas indicações do emprego da Coramina.

The Rockefeller Foundation
Annual Report for 1940, Nova York, sem data.

O relatório anual da benemérita instituição relativo ao ano de 1940 ocupa um grosso volume de perto de 500 páginas, em que são apontadas as atividades dos seus diversos departamentos. É mais um testemunho dos inestimáveis benefícios que a Rockefeller vem prestando à humanidade.

Separata e Folhetos

Coagulação, sangria e calcemia — ROQUE A. POLETTI, Revista Médica Brasileira, Rio, fevereiro, 1941.

Liga Paulista Contra a Tubercolose. Relatório do Exercício 1940 — CLEMENTE FERREIRA, São Paulo Editora, 1941.

Fisiología del Origen del Cancer — EZEQUIEL A. MARTINEZ, Lima, Perú, 1941.

O café como bebida e fonte de outros produtos — CANDIDO FONTOURA, Departamento Nacional do Café, Rio, 1941.

Infeção experimental de Ano-felos (Kertessia) Cruzi pelo Plasmodium Vivax — ARTUR COSTA FILHO, "Memórias do Instituto Butantan" S. Paulo, XV, 1941.

The treatment of Cancer of the Larynx — CHEVALIER L. JACKSON, "The Southern Medical Journal", Birmingham, Alabama, XXXIV, março 1941.

Laryngofissure for cancer of the larynx — CHEVALIER L. JACKSON, "Archives of Otolaryngology", XXXIII, abril 1941.

86)

Jurisprudencia na cobrança dos honorários médicos — ERNESTO MOREIRA, Revista da Associação Paulista de Medicina, XVII, novembro 1940.

Cinesiterapia en las eventraciones — DELFIN ARCILA, Editorial Sucre, 1941.

Colites e pseudo-colites — RAUL RIBEIRO DA SILVA, São Paulo Médico, maio 1941.

Parecer e discursos referentes à entrega do "Premio Oscar" Freire de Criminologia de 1940 da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo ao dr. Antonio Leão Bruno.

Serviço de profilaxia da lepra e doenças venéreas. Relatório do ano de 1940 — PEDRO FONTES, Estado do Espírito Santo.

Discursos pronunciados durante o banquete em homenagem ao dr. OCTACILIO LOPES por haver conquistado o Premio Moura Brasil de 1940, da Ac. Nacional de Medicina, com o trabalho, "Complicações oftalmicas da sinfise maxilar" Catanduva, 1940.

Vultos e fatos da arte cirúrgica obstétrica no Rio de Janeiro — João Marinho de Azevedo, Boletim da Academia Nacional de Medicina, Rio, abril 1941.

Quimioterapia antibacteriana — Quintino Mingoja, separata dos trabalhos publicados em "Arquivos de Biologia", S. Paulo, durante o período 1937-1940.

IMPRENSA MÉDICA PAULISTA

Sumário dos últimos números

Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, II, 53-74, agosto 1941 — Tratamento dos epitelomas cutâneos e cutâeo-mucosos pela roentgenoterapia — Manoel Dias da Silva ; Generalidades sobre o tratamento do tracoma — Carlos Penteado Stevenson ; Princípio antianemico — José de Paula e Silva ; O sulfatiazol em algumas afecções urológicas e na septicemia estafilocócica — Licurgo de Castro Santtos Filho ; Da concreção urinária no ureter — Djalma Moscoso ; Hemangi-endorteloma da hipofaringe — Paulo Mangabeira Albernaz. Ortopedia, seu conceito atual — Heitor Nascimento.

Gazeta Clínica, XXXIX, 199-238, junho 1941 — Vacinação antidifírica — Arnaldo Godoi.

239-378, julho 1941 — Avário reação (nota prévia) — Luis Migliano ; A aposentadoria do professor primário — Mendes de Castro ; A função social da educadora sanitária — M. Antonieita de Castro.

Neurônio, II, 1-6, julho 1941 — Recensões dos trabalhos latino-americanos de neurologia, psiquiatria, de medicina legal e ciências afins.

Odontologia Moderna, XV, 1-48, abril-junho 1941 — A odontopediatria em S. Paulo — A. Campos de Oliveira ; Ortodontia e odontopediatria — Nicolino Raimo.

Resenha Clínico-Científica, X, 347-378, setembro 1941 — O metabolismo basal nos climas tropicais — Filipo Botazzi ; Pa-

togenia e formas clínicas das glicosurias renais — Michele Bufano ; As gastrites agudas e crônicas — Riccardo Reitano ; Hidronefrose bilateral volumosíssima à esquerda — Michelangelo Sorrentino.

Revista de Cirurgia de São Paulo, VI, 405-478, maio-junho 1941 — Roentgenoterapia das inflamações baterianas — Carl Fried ; Estudo sobre o ileo agudo — Nelson Barros Pereira ; Diverticulos do duodeno — A. Correia Neto e E. Pinto de Souza.

Revista Clínica de S. Paulo, IX, 180-217, junho 1941 — Achado de dois cães naturalmente infestados pelo Trypanosoma Cruzi Chagas, 1909, no município de Itaporanga, Estado de S. Paulo — Francisco A. Cardoso e E. Navajas ; Um caso de estenose tricúspide congênita com fibrilação auricular e endocardite infecciosa terminal — Arnaldo Marques e Granville Costa ; Distribuição dos triatomídeos e da molestia de Chagas no Estado de S. Paulo — Gastão Rosenfeld e Francisco A. Cardoso.

Revista de Gastro-Enterologia de São Paulo, III, 115-144, outubro 1941 — Ação bioquímica do fator PP : Dehidrogenase — Martinus Pawel ; Observações sobre a técnica da pesquisa da isohemoaglutinação para a escolha de hemodoadores — Jorge Lage.

São Paulo Médico, XIV, 405-469, junho 1941 — Tuberculose urinária — Ataíde Pereira ; Estabelecimento da eritrocitopose no embrião — J. de Paula e Silva ; A sífilis infantil — Wladimir Piza.

VIDA MÉDICA PAULISTA

Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa

Posse da nova Diretoria — Realizou-se a 22 de agosto a posse da nova Diretoria da Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa, tendo por essa ocasião o dr. Hilario Veiga de Carvalho proferido uma palestra sobre "O direito de tratar". Ao assumir a presidência da Sociedade, o prof. Eduardo Cotrim proferiu o seguinte discurso :

"Ao tomar posse do cargo de Presidente da Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa, desejo, em primeiro lugar, agradecer aos presados colegas a lembrança do meu nome para dirigir, pelo espaço de um ano, a nossa Sociedade.

Já uma vez, quando da carinhosa homenagem que me prestasteis pela conquista da Livre Docência da Faculdade de Medicina de São Paulo, eu tive a oportunidade de vos falar do espírito de coleguismo e da cordialidade sincera e espontânea que se respira na Beneficência Portuguesa.

E naquela ocasião vos disse que as dissensões e as desafeições aqui não têm abrigo, que a cizânia e a insinceridade nesta casa não se agasalham.

Vivemos e trabalhamos unidos no mesmo anseio, irmanados no mesmo entusiasmo de servir com amor e com desvelo a profissão que abraçámos. Disse-vos irmanados, e é bem esse o termo, porque aqui, no afetuoso convívio diário, onde os esforços se suavizam pelo profundo e nobre sentido de mutua cooperação, nós nos sentimos irmãos, dentro de uma grande família, a família luso-brasileira.

Não tendo méritos a justificar minha escolha para a grata e elevada investidura que neste ato me conferis, é somente a esse

vosso espírito generoso, que posso atribuir a escolha que fizesteis, guiados unicamente pela mão suave da bondade que tudo perdão, que suavisa linhas, aplaina arestas, supre deficiências e apaga contornos vivos e desagradáveis; da bondade que julga e ouve unicamente com o coração.

Assim pois, também de coração vos agradeço, deixando aqui meu compromisso formal de que não pouparei esforços para cumprir fielmente meu mandato e corresponder, o quanto possível me for, à confiança em mim depositada.

Manda a praxe que cada Presidente, ao empossar-se, apresente seu programa.

O cumprimento exato dos nossos estatutos é o melhor programa que pôde oferecer uma nova Diretoria, pois que, sabiamente elaborados, eles tudo prevêm para que sejam colimados os elevados e utéis fins desta Sociedade.

Nada neles há que se alterar e nem seria possível modificar-se o que maravilhosamente se condensou nos 20 artigos da "Carta" aprovada pela Assembléia Geral de 1.º de Março de 1940, quando a presidência se ilustrava com o nome de meu querido amigo Dr. Jarbas Barbosa de Barros.

E, prova do muito que se pode obter unicamente dentro das diretrizes traçadas pelos estatutos, nós a encontramos no Relatório da Diretoria passada, sob a esclarecida presidência do nosso caro colega e amigo Dr. Jaime Rodrigues. Nesse relatório se acha descrita uma soma considerável de trabalhos, a revelar uma das mais brilhantes e fecundas gestões.

Oxalá possa eu, daqui a um ano, apresentar tão valioso contingente de serviços à nossa Sociedade,

tão grande acervo de atividades científicas.

Bem conheço e avalio a responsabilidade que pesa sobre meus hombros, ao aceitar tão honrosa e difícil sucessão.

Acabei-a, entretanto, apesar da consciência de minha inteira desvalia, unicamente porque sei o quanto se pode esperar de vosso precioso e eficiente auxílio.

Certo desse auxílio, permito-me desde logo apresentar-vos uma sugestão que me foi lembrada pela leitura do artigo 1.º dos Estatutos, que, ao traçar os fins precípitos de nossa Sociedade, diz que ela "se destina ao estudo de questões médicas de ordem técnica e científica".

Ora na época em que vivemos, época trepidante do rádio e do avião, época em que a vida se precipita em ritmo acelerado, em que as descobertas se sucedem em vertiginosa sequência, em que os conhecimentos, em cada ramo das atividades humanas, se multiplicam e se ampliam, cada ciência apresenta campo tão vasto que demasiadamente curto se tornou a vida humana para seu estudo completo. A dilatação da superfície impede, forçosamente, a obtenção da profundidade.

E se impôs a especialização. De tal forma, entretanto, se entrelaçam as especializações, de tal forma dependem umas das outras, que imprescindível se torna a cada especialista acompanhar, ao menos sucintamente, mas com segurança, os progressos obtidos fóra do terreno que escolheu.

Daí decorre, como premente necessidade, o intercâmbio dos principais conhecimentos, entre os diversos especialistas. Foi o que sabiamente previram nossos estatutos, quando determinaram que nossas reuniões devam ser organizadas dentro do "espírito de estreita colaboração dos vários profissionais com os dados de sua especialização".

Pois bem, para conseguirmos tão alta, útil e necessária finalidade, pensamos que seria interessante

introduzirmos em nossas sessões, além da apresentação de casos clínicos, observações, conferências, etc., o uso das "pequenas sínteses".

Nestas, que, para lhes dar o sentido da atualidade, poderíamos chamar de "o quarto de hora do especialista", far-se-ia um resumo, uma sumula das novidades, ou uma vulgarização da especialidade.

Assim, em cada reunião, antes da apresentação dos casos e dos trabalhos inscritos, teríamos uma palestra de 15 minutos sobre uma das especialidades, na qual ouviríamos de um colega alguma cousa sobre seu ramo de atividade.

Ora, como em nossa Sociedade se encontram especialistas de quase todos os ramos da medicina, teríamos sempre presente, apesar da vertiginosa hora atual, o vasto campo da nobre ciência; realizariam o entrosamento das especializações e ficariam conoscendo as novas aquisições, fora de nossa especialidade, sem um esforço maior do que ouvir as explanações sintéticas dos nossos ilustres colegas.

Afíca, pois, a sugestão sobre a qual decidireis com o critério e o acerto de sempre.

Ao terminar, renovo aos queridos colegas meus agradecimentos pela distinção que me fizeram e os estendo, muito sinceramente, a todos os que vieram, com sua presença, honrar esta solenidade.

E agora, meus senhores, sentindo o doloroso contraste entre o angustiado momento universal em que vivemos e o profundo sentido de solidariedade e de cooperação que nesta casa se respira, deixemos que, de nossos corações, ao céu se evole uma prece, um voto:

Dá que um dia, em futuro não remoto, quando frutificados os exemplos de altruismo e de bondade, granar em dourada messe a seara bemdita semeada pelos homens de boa vontade, possa aquecer todos os corações e raiar sobre a humanidade redimida, o rutilante sol da fraternidade universal!"

Sociedade Paulista de Historia da Medicina

Nova diretoria — No dia 5 de setembro, no anfiteatro do Instituto Oscar Freire, sob a presidência do prof. dr. Ulisses Paranhos, secretariado pelos drs. prof. Flaminio Favero e Geraldo V. de Azeyedo, reuniu-se essa Sociedade, em assembleia geral, tendo sido

eleita a nova diretoria, que foi logo empossada, e que ficou assim constituída: Presidente, prof. Ulisses Paranhos; Vice-presidente, prof. Raul Briquet; secretários, drs. Francisco Borges Vieira e A. M. Leão Bruno; tesoureiro, dr. Manuel Pereira.

CONGRESSOS MÉDICOS

III Congresso Brasileiro e Americano de Cirurgia

Realizar-se-á de 16 a 22 de novembro próximo, no Rio de Janeiro, o 3.º Congresso Brasileiro e Americano de Cirurgia, promovido pelo Colegio Brasileiro de Cirurgiões, sob os auspícios do sr. Presidente da Republica, ministros da Educação e Exterior e prefeito do Distrito Federal. Deverá presidi-lo o professor dr. Benedito Montenegro; servirá de secretário-geral o professor Alfredo Monteiro.

Os temas do Congresso são os seguintes: 1 — "Cirurgia da dor" — relatores: professores Jaime Poggi (Rio), Julio Diez (Buenos Aires) e Mario Otobrini (São Paulo); 2 — "Queimaduras" — relatores: professores Manuel Riveros

(Assunção), Mota Maia (Rio) e Alípio Correia Neto (São Paulo); 3 — "Amputações no ponto de vista funcional" — relatores: professores Barbosa Viana (Rio) e Edmundo Vasconcelos (São Paulo).

No programa do Congresso figuram sessões operatorias, comunicações livres, projeção de filmes e uma parte social.

O preço da inscrição com direito aos "Anais" é de 150\$. Toda correspondência deve ser dirigida ao secretário-geral, avenida Henrique Dumont, 115 Rio.

Já estão inscritos na secretaria do Capítulo de São Paulo do Colegio Brasileiro de Cirurgiões os drs. Nei Penteado de Castro e Eu-
rico Branco Ribeiro.

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

Éxitos obtidos com o complexo da Vitamina B

A literatura médica apresenta um numero enorme de relatos submetidos por proeminentes clínicos estrangeiros que não deixam lugar algum a dúvida sobre o valor da terapia do Complexo de Vitamina B, em diversos estados. A seguir damos um breve resumo de algumas formas clínicas que se beneficiam com essa terapêutica:

(90)

Pelagra — As pelagras, tanto clássicas como subclínicas, podem frequentemente implicar deficiência, não só de ácido nicotínico, se não também de tiamina, riboflavina e piridoxina. Spies e seus associados descobriram que a administração de 50 a 75 gramas de levadura seca de cerveja melhorava rapidamente o estado geral em casos de certas pelagrinas,

alem de fazer desaparecer as lesões características da deficiência de riboflavin. Mc Lester encontrou que tanto a tiamina só, como o ácido nicotínico só, ou uma combinação de ambas as substâncias, são frequentemente ineficazes em casos de pelagra subclínica, mas que se melhora a condição geral do paciente com boas doses de levadura e de extrato de figado.

Perturbações de funções digestivas — Borsok e seus associados deram suplementos (20 cc. por dia dum concentrado líquido) de Complexo de Vitamina B, a 250 pacientes sem indícios significativos, mas com sintomas de prisão de ventre, dor intra-abdominal, "gas", cansaço, etc. O tratamento trouxe, como resultado, melhorias em 146 de 151 pacientes com prisão de ventre, 75 de 146 com "gás", 89 de 119 com astenia ou cansaço marcado; 103 de 112 com dores abdominais; 43 de 91 com nervosismo; 69 de 83 com anorexia; 47 de 77 com dor de cabeça; 29 de 44 com mucosidades nos excrementos; e 23 de 35 com náusea.

Num extenso estudo levado a cabo por Chesley e seus associados logrou-se melhora numa alta percentagem de pacientes faltos do Complexo de Vitamina B e que tinham desarranjos das funções digestivas, administrando grandes doses dum concentrado de Complexo B derivado de levadura de cerveja (2 colheradas de chá diárias, diminuindo a dose depois). O Complexo todo deu eficazmente alívio em casos de anorexia, nervosismo, debilidade e cansaço, em que não havia sido possível obter alívio com o emprego de fatores individuais do Complexo mesmo. Com este tratamento se aliviaram: flatulência, mal-estar abdominal, prisão de ventre, diarréia e dores do esqueleto. Estes autores consideram que o uso de todo o Complexo íntegro é mais racional e produz melhores resultados terapêuticos em desarranjos das funções digestivas, que o emprego dos seus fatores individuais.

Joslin e Helms aliviaram a prisão de ventre infantil por meio de suplementos de Complexo B. Num número de crianças de peito, 50% mostrava prisão de ventre, percentagem que ficou reduzida a 5%, quando se deu a mais o suplemento do Complexo B. De 100 crianças de mais idade, 40 tinham prisão de ventre e 27 tinham anorexia, tendo-se conseguido com a adição do Complexo de Vitamina B I diéta que se corrigisse o estado de prisão de ventre de todos os que o apresentavam, melhorando o apetite de todos os 27. Macy e seus associados empregaram o Complexo com resultados muito favoráveis em 113 mulheres e crianças com prisão de ventre e má alimentação.

Distrofia muscular — Stone deu a conhecer ter conseguido melhorias em alguns pacientes que tinham distrofia muscular e a quem se déra o Complexo de Vitamina B em quantidade adequada, alem da Vitamina E. A atrofia muscular só teve alívio depois da administração de Vitamina E, mas o Complexo B parece ter aumentado a eficacia de tal Vitamina E.

Prenhez e Lactação — Já em 1932 Maurer e Tsai (16) preconizavam suplementar o regimen alimenticio durante a gravidez com o Complexo de Vitamina B. Lui-kart (17) usou, com todo o exito, levadura de cerveja num caso de vômito pernicioso de gravidez em 1933, e Strauss e Mac Donald (18) notaram melhorias em pacientes a quem se tinha prescrito regimen rico em Complexo de Vitamina B em casos de polineurite da prenhez. Segundo Tarr e Mc Neile (19) e outros, a adição do Complexo ao regimen alimenticio foi grandemente benéfica à lactação de 116 grávidas.

Alcoolismo crônico — Askey (20) salientou muito resistemente a necessidade de empregar todo o Complexo de Vitamina B na terapia vitaminica de enfermidades alcoolicas, visto que nelas a regra geral é deficiencias múltiplas.

*Não diga uma colher, mas diga
uma colherada de*

Philergon

*ás refeições e terá empregado
um fortificante de paladar
agradavel, um fortificante
que *fortifica de fato**

